

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Luciane Maria Schmidt Alves

QUANDO A SAÚDE DOS TRABALHADORES É UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA? A CONSTRUÇÃO SOCIAL DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE DOS TRABALHADORES NA REGIÃO 28 DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

Santa Cruz do Sul
2018

Luciane Maria Schmidt Alves

QUANDO A SAÚDE DOS TRABALHADORES É UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA? A CONSTRUÇÃO SOCIAL DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE DOS TRABALHADORES NA REGIÃO 28 DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, área de concentração em Desenvolvimento Regional, dentro da linha de pesquisa “Estado, Instituições e Democracia”, da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Orientador: Prof. Dr. Marco André Cadoná.
Coorientadora: Profa. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug.

Santa Cruz do Sul

2018

Luciane Maria Schmidt Alves

QUANDO A SAÚDE DOS TRABALHADORES É UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA? A CONSTRUÇÃO SOCIAL DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE DOS TRABALHADORES NA REGIÃO 28 DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, área de concentração em Desenvolvimento Regional, dentro da linha de pesquisa “Estado, Instituições e Democracia”, da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Prof. Dr. Marco André Cadoná (orientador) – PPGDR/UNISC.

Profª. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug (Coorientadora) – PPGSP/UNISC.

Profª. Dra. Sílvia Virgínia Coutinho Areosa – PPGDR/UNISC.

Profª. Dra. Cidônea Machado Deponi – PPGDR/UNISC.

Prof. Dr. Álvaro Crespo Merlo – PPGPSI/UFRGS.

Profª. Dra. Dolores Sanches Wunsch – PPGPSI/UFRGS.

Esta tese é dedicada aos trabalhadores e às trabalhadoras cujas lutas se dirigem a melhores condições de vida e de trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço por ter conseguido construir esta tese com o sentimento de que valeu a pena! A minha proximidade com a temática Saúde do Trabalhador iniciou na graduação e a construção desta tese é o resultado mais visível de toda a minha trajetória nesse campo de atuação.

Nesse espaço de agradecimentos quero dizer que aprendi que na vida nada acontece por acaso! No ano em que nasceu meu filho precisei trocar de universidade e foi quando conheci a disciplina de Saúde do Trabalhador. As aulas teóricas e práticas me mostraram uma visão diferente da enfermagem, além daquela que até então conhecia, com um currículo de curso direcionado, essencialmente, para assistência hospitalar. Lembro que no primeiro contato com a disciplina teórica de Saúde do Trabalhador tive a certeza de que era a especialidade que eu escolheria para seguir no futuro e, a partir desse momento, busquei desenvolver atividades que foram me aproximando cada vez mais desse conhecimento. Como bolsista da disciplina teórica de Saúde do Trabalhador tive a oportunidade de conhecer revistas especializadas na área, ler textos que me levavam além da teoria em sala de aula. A construção do Trabalho de Conclusão de Curso oportunizou leituras sobre terceirização dos serviços de saúde nas empresas, levando a reflexões sobre o entendimento dos empresários em relação a Saúde do Trabalhador. Em seguida, seis meses após minha formação acadêmica, iniciei um curso de especialização em Enfermagem do Trabalho, o que alavancou minha carreira, pois tive a oportunidade de trabalhar nesta área e percebi que deveria aprender mais. Então ingressei em um curso de Mestrado em Saúde Coletiva, onde busquei compreender junto aos gestores de saúde, pertencentes aos municípios da 8ª Coordenadoria Regional de Saúde, as ações de Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelos serviços de saúde dos municípios. Em 2008 voltei a ter contato com a Universidade onde concluí a minha graduação e, como docente, tive a oportunidade de trabalhar com muitos professores que fizeram parte da minha formação e, em especial, compartilhar com minha professora a disciplina prática de Enfermagem em Saúde do Trabalhador. Em 2014 ingressei no doutorado, no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, para dar continuidade as minhas pesquisas e as minhas reflexões sobre Saúde do Trabalhador.

Na trajetória do doutorado encontrei desafios que, muitas vezes, estavam além de uma boa vontade e dedicação aos estudos, sendo necessária também a compreensão daqueles com quem convivo. Gostaria de agradecer a Deus por iluminar o meu caminho e a todos que de um

modo ou de outro colaboraram com a minha conquista.

Primeiramente, quero agradecer minha família, especialmente ao meu filho que é a maior razão da minha vida e que sempre acreditou na minha força de vontade, dizendo: “mãe, tu sempre consegues”!

Ao meu marido, pelo amor, carinho, amizade e incondicional apoio em todos os momentos, sempre me estimulando e fazendo acreditar que esta tese pudesse se tornar realidade. Quero lhe agradecer pelo pai maravilhoso que você é, pelo teu companheirismo de tantos anos e por fazer parte da minha vida. Te amo!

À minha mãe, irmão, irmã e sobrinho por ouvirem as minhas angústias, pelas palavras de apoio e por compreenderem a minha ausência em muitos momentos.

Aos Professores do PPGDR, pelas excelentes reflexões proporcionadas durante as aulas, que me fortaleceram e estimularam na busca de novos conhecimentos.

Ao meu Orientador, que me instigou a acreditar na minha capacidade, mostrando a direção para que eu encontrasse o caminho e conseguisse chegar ao final da tese.

À minha Coorientadora, que foi minha professora da graduação e vem me ensinando desde os primeiros passos neste campo de conhecimento, por quem sinto muita admiração, amizade e respeito.

Às pessoas que participaram deste trabalho, respondendo aos formulários de pesquisa e concedendo as entrevistas: aos profissionais do CEREST/Vales, da UMREST de Santa Cruz do Sul e de Rio Pardo, da Coordenadoria Regional de Saúde; aos empresários da região de estudo; aos representantes dos sindicatos dos trabalhadores; aos representantes das entidades representativas do empresariado; aos trabalhadores e às trabalhadoras que participaram do estudo.

Aos colegas de trabalho do Departamento de Enfermagem e Odontologia, pelo incentivo e auxílio na adequação dos horários para que eu pudesse cursar o doutorado.

Ao grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS), às colegas, sempre atentas e preocupadas com o meu bem-estar; aos bolsistas, em especial, a Ariane, pela dedicação e apoio, sempre disposta a auxiliar na coleta e digitação dos dados.

A todos os amigos e colegas da turma do doutorado, que de uma forma direta ou indireta contribuíram com sua paciência, atenção e força nos momentos menos fáceis, em especial às

colegas Raquel, sempre disposta a ajudar; Aline, pela amizade, pelo coleguismo e pela troca de conhecimentos. Aos companheiros, amigos de todas as horas: Berenice e Daniel, pelos desabafo nos encontros após as aulas.

A todos vocês, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Esta tese analisa a construção social de uma política de atenção integral à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras da Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo que, por um lado, atenta ao processo histórico de discussão e de implementação das políticas públicas de saúde dos trabalhadores no Brasil, desde a criação do Sistema Único de Saúde na década de 1980; por outro lado, preocupa-se em analisar as repercussões das transformações que, desde as últimas décadas do século XX, ocorrem no trabalho e nas formas de organização da produção e do trabalho, não somente sobre a saúde dos trabalhadores, mas em especial sobre as estratégias individuais e coletivas de promoção da saúde e de enfrentamento aos agravos à saúde das pessoas que vivem do e no trabalho. O problema de pesquisa se objetivou na seguinte questão: como ocorreu o processo de regionalização da política de atenção integral à saúde dos trabalhadores na Região 28 de Saúde (RS)? Definindo-se a partir desse questionamento não somente o objetivo geral da tese, mas também seus objetivos específicos: analisar o processo de institucionalização da política de atenção integral em Saúde do Trabalhador na Região 28 de Saúde (RS); analisar as ações realizadas pelo setor público na Região 28 de Saúde visando a construção de uma política regional de saúde dos trabalhadores; analisar estratégias empresariais na Região 28 de Saúde visando promover a saúde dos trabalhadores, prevenir enfermidades e acidentes e atender casos de doenças relacionadas ao trabalho; analisar estratégias que os trabalhadores utilizam para a prevenção e para o cuidado de doenças relacionadas às suas condições de trabalho. Sob o ponto de vista da abordagem metodológica, a investigação implicada na construção da tese tomou como suporte teórico-metodológico o materialismo histórico, com ênfase nas categorias de historicidade, totalidade, singularidades históricas, contradição. A coleta dos dados foi realizada nos treze municípios pertencentes à Região 28 de Saúde e envolveu o levantamento de documentos, a realização de entrevistas e a aplicação de formulários de pesquisa. Os formulários de pesquisa foram aplicados com duzentos e setenta trabalhadores e as entrevistas realizadas com seis trabalhadores com diagnóstico de doença relacionada ao trabalho, dezoito representantes de empresas, três lideranças empresariais, quatro representantes de sindicatos de trabalhadores e com os profissionais de saúde envolvidos com a política de saúde do trabalhador (Coordenadoria Regional de Saúde, Centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador e Unidades Municipais de Referência em Saúde do Trabalhador). As políticas de saúde do trabalhador expressam ações sociais condicionadas pelas tendências macroestruturais, mas são também influenciadas pelas experiências históricas locais e regionais. Os resultados do estudo realizado indicam que os diferentes agentes sociais envolvidos na construção de uma política regional de saúde dos trabalhadores não agem de forma autônoma, pois lidam com diferentes interesses e formas de relacionamento institucional e político; o que permite compreender que em um processo de implementação de políticas públicas não se pode trabalhar apenas com a perspectiva normativa, na expectativa que ela, por si só, possa transformar a realidade sócio-histórica. Esse entendimento considera os contextos concretos de trabalho, de organização, de estabelecimento de estratégias pelos diferentes agentes históricos e de participação sociopolítica na própria definição das políticas de saúde do trabalhador. Assim, ao analisar essa temática por natureza complexa e conflitiva, evidencia-se a necessidade de abordagens interdisciplinares e articulações intersetoriais e interinstitucionais que contemplem os diversos elementos envolvidos na relação trabalho e o processo saúde-doença.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador, políticas públicas de saúde, Sistema Único de Saúde, capitalismo, desenvolvimento regional.

ABSTRACT

This thesis analyzes the social construction of a policy of integral attention to the health of workers in Region 28 of Health of Rio Grande do Sul. This is a study that, on the one hand, attentive to the historical process of discussion and implementation of public health policies for workers in Brazil, since the creation of the Unified Health System in the 1980s; On the other hand, it is concerned with analyzing the repercussions of the transformations that have occurred since the last decades of the twentieth century in work and in the forms of organization of production and labor, not only on workers' health, but especially on the individual and collective strategies of health promotion and coping with the health problems of people living at and from work. The research problem was objectified in the following question: how did the process of regionalization of the policy of integral attention to the health of workers in Region 28 of Health (RS) occurred? Defining from this questioning not only the general objective of the thesis, but also its specific objectives: to analyze the process of institutionalization of the policy of integral attention in Occupational Health in Region 28 of Health (RS); analyze the actions carried out by the public sector in Region 28 of Health aiming at the construction of a regional health policy for workers; analyzing business strategies in Region 28 of Health to promote the health of workers, prevent diseases and accidents and deal with cases of work-related diseases; analyze strategies that workers use for the prevention and care of diseases related to their working conditions. From the point of view of the methodological approach, the investigation implied in the construction of the thesis took as theoretical-methodological support historical materialism, with emphasis on the categories of historicity, totality, historical singularities, contradiction. Data collection was performed in the thirteen municipalities belonging to Health Region 28 and involved the collection of documents, interviews and the application of research forms. The research forms were applied with two hundred and seventy workers and the interviews with six workers with diagnosis of work-related illness, eighteen company representatives, three business leaders, four representatives of workers' unions and health professionals involved with worker health policy (Regional Health Coordination, Regional Reference Center for Occupational Health and Municipal Reference Units for Worker's Health). Workers' health policies express social actions conditioned by macro-structural tendencies, but they are also influenced by local and regional historical experiences. The results of the study indicate that the different social agents involved in the construction of a regional workers health policy do not act autonomously because they deal with different interests and forms of institutional and political relationship; which allows us to understand that in a process of implementation of public policies we can not only work with the normative perspective, in the expectation that it, by itself, can transform the socio-historical reality. This understanding considers the concrete contexts of work, organization, establishment of strategies by the different historical agents and socio-political participation in the very definition of worker health policies. Thus, when analyzing this thematic by complex and conflicting nature, it is evident the need for interdisciplinary approaches and intersectoral and interinstitutional articulations that contemplate the diverse elements involved in the work relationship and the health-disease process.

Keywords: Worker's health, public health policies, Unified Health System, capitalism, regional development.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Municípios da Região 28 de Saúde (RS), por PIB, PIB per capita, VAB (Valor Agregado Bruto) da Indústria, VAB dos Serviços e VAB da Agropecuária	150
Quadro 02: Estabelecimentos de Saúde nos municípios da Região 28 de Saúde (RS) – dados para o ano de 2017.....	151
Quadro 03: Número de profissionais de saúde que atuam no SUS nos municípios da Região 28 de Saúde (RS) – dados para o ano de 2017.....	151
Quadro 04: Número de profissionais da medicina nos municípios da Região 28 de Saúde (RS) – dados para o ano de 2017	152
Quadro 05: Total da população dos municípios pertencente à Região 28 de Saúde (RS), por sexo (2010)	153
Quadro 06: Municípios da Região 28 de Saúde (RS), por número de domicílios e localização desses domicílios (rurais e urbanos) – 2010	154
Quadro 07: Número de trabalhadores atuando no mercado formal nos municípios da Região 28 de Saúde (RS) (janeiro de 2018)	155
Quadro 08: Distribuição dos empregos pelos setores econômicos nos municípios da Região 28 de Saúde (RS) (janeiro de 2018)	159
Quadro 09: Salário médio mensal dos trabalhadores no mercado formal (2015) e percentual da população com rendimento nominal per capita de até ½ salário mínimo (2010) nos municípios da Região 28 de Saúde (RS).....	160
Quadro 10: Percentual de empregados que atuavam em 2010 sem carteira assinada nos municípios da Região 28 de Saúde (RS).....	161
Quadro 11: População ocupada na semana de referência, por posição na ocupação (Censo Demográfico de 2010), nos municípios da Região 28 de Saúde (RS).....	162
Quadro 12: Dinâmica semestral de admissões e de desligamentos nos mercados formais de	

trabalho nos municípios da Região 28 de Saúde (RS) (jan./2016 – jan./2017)	163
Quadro 13: Trabalhadores pesquisados, por sexo	238
Quadro 14: Trabalhadores pesquisados, por idade	238
Quadro 15: Trabalhadores pesquisados, por escolaridade	239
Quadro 16: Trabalhadores pesquisados, por renda familiar média (mensal e declarada) ...	239
Quadro 17: Trabalhadores pesquisados, por setor de atividade que atuam	240
Quadro 18: Trabalhadores pesquisados, por idade em que começaram a trabalhar	241
Quadro 19: Trabalhadores pesquisados, por quantos locais já trabalharam	242
Quadro 20: Trabalhadores pesquisados, por quanto tempo atuam no último local de trabalho	243
Quadro 21: Trabalhadores pesquisados, por situação de trabalho no momento da pesquisa..	244
Quadro 22: Trabalhadores pesquisados, por ocupação com carteira de trabalho	244
Quadro 23: Trabalhadores pesquisados, por tipo de vínculo empregatício	244
Quadro 24: Trabalhadores pesquisados, por número de ocupações no momento da pesquisa	245
Quadro 25: Trabalhadores pesquisados, por jornada de trabalho semanal	245
Quadro 26: Trabalhadores pesquisados, por turno de trabalho	246
Quadro 27: Trabalhadores pesquisados, por realização de jornadas extras de trabalho	247
Quadro 28: Trabalhadores pesquisados, por condições de trabalho	248
Quadro 29: Trabalhadores pesquisados, por condições de ritmo do trabalho que realizam...	248
Quadro 30: Trabalhadores pesquisados, por experiência de acidente de trabalho	250
Quadro 31: Trabalhadores pesquisados, por histórico de doenças relacionadas ao trabalho..	250
Quadro 32: Trabalhadores pesquisados, por percepções quanto aos riscos ocupacionais em seus locais de trabalho	251
Quadro 33: Incidência de agravos relacionados ao trabalho, segundo os municípios de atendimento na 13ª CRS (dados para o ano de 2014)	252
Quadro 34: Incidência de agravos relacionados ao trabalho, segundo os municípios de	

atendimento na 13ª CRS (dados para o ano de 2015)	253
Quadro 35: Trabalhadores pesquisados, por visões acerca o que é ter saúde no trabalho	254
Quadro 36: Trabalhadores pesquisados, por estratégias adotadas diante de alguma situação de doença que dificulta a ida ao trabalho	255

FIGURAS

FIGURA 01: Divisão das Macrorregiões, Coordenadorias Regionais de Saúde e Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul	145
FIGURA 02: Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul	146

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CAPAIST	Coordenação da Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEREST	Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CIST	Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DORT	Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPC	Equipamento de Proteção Coletiva
FUNDACENTRO	Fundação Nacional Centro de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice Demográfico Humano Municipal
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MS	Ministério da Saúde
NR	Norma Regulamentadora
NOB	Norma Operacional Básica
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OIT	Organização Internacional do Trabalho

OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RINA	Relatório Individual de Notificação de Agravos
SIST	Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
UMREST	Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 REESTRUTURAÇÃO DO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA, MUDANÇAS NO TRABALHO E A SAÚDE DOS TRABALHADORES	38
2.1 Reestruturação do capitalismo, trabalho e a organização do trabalho	38
2.2 Neoliberalismo, trabalho e organização do trabalho no Brasil a partir dos anos 1990	58
2.3 A saúde das pessoas que vivem do trabalho no contexto das transformações contemporâneas no “mundo do trabalho”	82
2.4 Quando as doenças relacionadas ao trabalho aparecem: dominação, resistências e o reconhecimento público das doenças relacionadas ao trabalho	105
3 A SAÚDE DOS TRABALHADORES: OS DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL	119
3.1 A saúde do trabalhador no contexto da criação do SUS	119
3.2 Neoliberalismo, reestruturação do padrão de desenvolvimento capitalista e a saúde do trabalhador durante a década de 1990	125
3.3 Construindo uma nova Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora durante a primeira década do século XXI	129
4 A POLÍTICA DE SAÚDE DOS TRABALHADORES E DAS TRABALHADORAS NO ÂMBITO DA REGIÃO 28 DA SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL	141

4.1 A Região 28 de Saúde (RS): aspectos históricos de sua formação socioeconômica	143
4.2 A construção histórica de uma política pública de atenção integral em Saúde do Trabalhador na Região 28 de Saúde (RS).....	166
4.3 A construção da política regional de saúde dos trabalhadores na perspectiva dos profissionais da saúde	177
4.4 A construção da política regional de saúde dos trabalhadores na perspectiva dos trabalhadores e dos empresários	190
4.4.1 A saúde dos trabalhadores na perspectiva do movimento sindical	191
4.4.2 A saúde dos trabalhadores na perspectiva das lideranças empresariais	201
5. A SAÚDE DOS TRABALHADORES NO COTIDIANO DAS EMPRESAS E DAS ESTRATÉGIAS DOS TRABALHADORES VISANDO ENFRENTAR DOENÇAS RELACIONADOS AO TRABALHO.....	211
5.1 A saúde e as doenças dos trabalhadores no lado de dentro das empresas: políticas empresariais de prevenção à saúde e cuidado de doenças relacionadas ao trabalho	212
5.1.1 Percepções sobre as mudanças no mundo do trabalho e suas repercussões sobre a saúde do trabalhador	213
5.1.2 As percepções sobre o trabalho nas empresas e a relação com a saúde	217
5.1.3 As percepções dos empresários sobre a relação entre o trabalhador e sua saúde	221
5.1.4 As políticas adotadas pelas empresas em relação à saúde dos trabalhadores	226
5.1.5 As concepções sobre a Política Pública da Saúde do Trabalhador	232
5.2 As estratégias dos trabalhadores e das trabalhadoras quando lidam com doenças relacionadas ao trabalho	236
5.2.1 O perfil dos trabalhadores que responderam o formulário de pesquisa	237
5.2.2 Aspectos relacionados à inserção no mercado de trabalho e às condições de trabalho nos locais de trabalho	240
5.2.3 Pensando sobre o histórico de enfrentamento de doenças relacionadas ao trabalho	249

5.2.4 Quando doenças relacionadas ao trabalho “se tornam realidade”	256
5.2.4.1 Percepções sobre a relação entre trabalho e saúde na atualidade	257
5.2.4.2 Avaliação em relação às políticas existentes nas empresas visando a saúde dos trabalhadores	263
5.2.4.3 Avaliação em relação às políticas públicas de prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores	265
5.3 Saúde e políticas de saúde numa perspectiva regional: contextualizando a construção Política de Saúde do Trabalhador na Região 28 de Saúde (RS).....	266
CONCLUSÕES	275
REFERÊNCIAS	286
APÊNDICES	306
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	306
APÊNDICE B – Formulário de Pesquisa utilizado para o levantamento de dados junto aos trabalhadores	308
APÊNDICE C – Roteiro de entrevistas realizadas com trabalhadores que referem doença relacionada ao trabalho	312
APÊNDICE D – Roteiro de entrevistas realizadas com lideranças empresariais e dirigentes sindicais	313
APÊNDICE E – Roteiro de entrevistas realizadas com trabalhadores vinculados ao SUS (UMREST e CIST)	315
APÊNDICE F – Roteiro de entrevista realizadas com trabalhadores vinculados ao CEREST/Vales	317
APÊNDICE G – Roteiro de entrevista realizada com representante da Coordenadoria da Região 28 de Saúde (RS).....	319

1 INTRODUÇÃO

Esta tese de doutoramento é o resultado de uma investigação sobre a construção social de uma política de atenção integral à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras na Região 28 de Saúde no Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo que, por um lado, atenta ao processo histórico de discussão e de implementação das políticas públicas de saúde dos trabalhadores no Brasil, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1980 e, por outro lado, preocupa-se em analisar as repercussões das transformações que, desde as últimas décadas do século XX, ocorrem no trabalho e nas formas de organização da produção e do trabalho, não somente sobre a saúde dos trabalhadores, mas em especial sobre as estratégias (individuais e coletivas) de promoção da saúde e de enfrentamento aos agravos à saúde das pessoas que vivem do e no trabalho.

É importante registrar que, segundo os dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), anualmente ocorrem 2,34 milhões de mortes no planeta, direta ou indiretamente relacionadas ao trabalho: são 321 mil mortes em decorrência de acidentes de trabalho e 2,02 milhões decorrentes de doenças relacionadas ao trabalho (OIT, 2013). São números que, por eles mesmos, demonstram a gravidade desse problema social em diferentes partes do planeta, pois representam uma média de 5.500 mortes diárias, estando o Brasil entre os países onde maiores são as possibilidades dos trabalhadores morrerem por causas relacionadas ao trabalho. Segundo dados da OIT, o Brasil ocupa o quarto lugar entre os países onde os trabalhadores têm maior risco de morte no trabalho (OIT, 2013).

Esses dados sobre acidentes e mortes relacionados ao trabalho indicam que, mais do que um objeto de investigação científica, a saúde dos trabalhadores é um problema social. E é um problema social não apenas pela recorrência de casos de trabalhadores que, em seus locais de trabalho ou em função do trabalho que realizam, adoecem (e inclusive morrem), mas também por que a prevalência de acidentes e doenças do trabalho é um importante indicador de desigualdades sociais, na medida em que quem sofre acidente e quem morre por causas associadas ao trabalho são fundamentalmente os trabalhadores assalariados (JACKSON FILHO; GARCIA; ALMEIDA, 2007).

Evidentemente a gravidade desse problema social não é recente e, certamente, se coloca na história dos movimentos sociais vinculados às classes trabalhadoras em diferentes partes do planeta como uma questão importante e mobilizadora de conflitos, de lutas e de demandas junto ao Estado, visando a criação de legislações de proteção, mas também de políticas públicas capazes de controlar as situações de riscos nos locais de trabalho, garantir atenção curativa e promover a saúde dos trabalhadores (MENDES; DIAS, 1991).

No caso brasileiro, esses conflitos e essas demandas por ações reguladoras e de proteção no campo da saúde do trabalhador já estavam presentes no século XIX, ainda que somente a partir da década de 1930 o Estado brasileiro efetivamente tenha assumido o compromisso de atender as demandas implicadas nesses conflitos, criando uma legislação trabalhista de proteção da saúde dos trabalhadores (COHN, 1995). Mesmo assim, é importante destacar que aquela legislação trabalhista emergiu no governo de Getúlio Vargas (1930 – 1945) num contexto de regulação do mercado de trabalho no País e, portanto, de ampliação da atuação do Estado (tanto na economia quanto na regulação das relações sociais), visando criar condições favoráveis para o processo de industrialização capitalista que se iniciava naquele período (CANO, 2000). Em decorrência, aquela legislação trabalhista (que ganhou maior visibilidade com a criação da CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, em 1943), além de ser restrita e seletiva (pois teve como horizonte somente o trabalhador urbano com carteira assinada), “objetivou o controle social dos trabalhadores, colocando-se como uma estratégia estatal de consolidação do capitalismo industrial no País” (ANDRADE; MARTINS; MACHADO, 2012, p. 3).

O breve período de “democratização” entre as décadas de 1940 e 1960 (mais precisamente entre 1946 e 1964), ainda que tenha acelerado o processo de industrialização e de urbanização na sociedade brasileira, não foi suficiente para afirmar políticas estatais universalizantes de proteção aos trabalhadores. Além disso, foi interrompido por um golpe militar, que inaugurou um período de autoritarismo no País que se estendeu até a década de 1980 e que ficou caracterizado pelo controle sobre os trabalhadores; nesse sentido, pela negação de direitos e da possibilidade de acessar direitos sociais e trabalhistas, definindo uma condição histórica de cidadania negativa (COHN, 1995).

Sob o ponto de vista da discussão acerca das políticas de saúde dos trabalhadores, aquele longo período histórico que marcou a consolidação do capitalismo industrial no Brasil (1930 – 1980) foi “povoado” por duas concepções principais: a “medicina do trabalho” e a “saúde ocupacional” (MENDES; DIAS, 1991, p. 342).

A medicina do trabalho, cujas origens estão vinculadas à experiência inglesa de implementação de políticas relacionadas à saúde dos trabalhadores (ainda na primeira metade do século XIX e num contexto de afirmação das transformações no mundo do trabalho decorrentes da Revolução Industrial), desde seu surgimento colocou-se como uma estratégia (empresarial) de controle sobre as doenças no trabalho, afirmando a figura do médico (de confiança do empresário) como o responsável pela “prevenção dos danos à saúde resultantes dos riscos do trabalho” (IDEM, *Ibid.*, p. 342). Durante a primeira metade do século XX a inexistência ou a fragilidade dos sistemas nacionais de assistência à saúde garantiu que aquela concepção se tornasse predominante não somente nos países capitalistas centrais, mas também nos países situados na “periferia” do sistema capitalista, “consolidando, ao mesmo tempo, sua vocação enquanto instrumento de criar e manter a dependência do trabalhador (e frequentemente também de seus familiares), ao lado do exercício direto do controle da força de trabalho” (IDEM, *Ibid.*, p. 342).

A partir da década de 1950, já sob a influência da OIT, a medicina do trabalho foi aperfeiçoada, passando inclusive a ser recomendada aos Estados (Nacionais) que eram membros daquela Organização Internacional. No entanto manteve sua essência, afirmando a medicina do trabalho não somente como uma atividade eminentemente médica mas também como um saber/fazer superior, realizado nos locais de trabalho, com o objetivo de adaptar física e mentalmente os trabalhadores às condições de trabalho (IDEM, *Ibid.*).

Foi também a partir da década de 1950 que, num contexto de afirmação do padrão fordista de desenvolvimento capitalista nos países capitalistas centrais, a medicina do trabalho tornou-se cada vez mais impotente tanto em relação às demandas dos empresários quanto em relação às crescentes mobilizações e resistências dos trabalhadores, abrindo espaço para que novas concepções ganhassem importância (IDEM, *Ibid.*). Naquele contexto histórico, a persistência dos agravos à saúde dos trabalhadores, os custos sociais e econômicos dos agravos à saúde dos trabalhadores (seguros, pagamento de indenizações etc.), mas também, e principalmente, a resistência e o crescente questionamento dos trabalhadores em relação às condições degradantes de trabalho colocaram-se como importantes condicionantes para que a “medicina do trabalho” cedesse espaço para a “saúde ocupacional”, uma concepção mais preocupada com a intervenção no “ambiente de trabalho” por equipes multiprofissionais (MENDES, DIAS, 1991).

Assim, a partir das décadas de 1950/1960, a “saúde ocupacional” tornou-se uma concepção de saúde dos trabalhadores referida em diferentes partes do Planeta, inclusive no

Brasil, pois durante o período autoritário, através da reformulação da CLT, o governo brasileiro propôs a Norma Regulamentadora nº 04, criando a obrigatoriedade de equipes técnicas multiprofissionais nos locais de trabalho (IDEM, Ibid., p. 344). Através da “saúde ocupacional” a preocupação com a saúde dos trabalhadores avançou para a análise dos riscos (consideração de grupos de trabalhadores expostos ou não a agentes causadores de agravos) e para a integração de novos saberes (Epidemiologia, Engenharia de Segurança do Trabalho, Ergonomia), mas manteve uma característica essencial já presente na medicina do trabalho: o foco na intervenção sobre o ambiente de trabalho com a preocupação de garantir o controle e a produtividade dos trabalhadores (SANTANA; DIAS; SILVA, 2014), numa perspectiva em que o trabalhador e a sua saúde são colocados como *meios* em ações relacionadas à “saúde ocupacional”.

A partir da década de 1980, já num contexto de crise do regime autoritário e de “abertura política”, um amplo processo político e social, compreendendo a participação de diferentes forças sociais e políticas vinculadas a diferentes classes sociais, mobilizados através de diferentes instituições e de diferentes formas de atuação coletiva (igrejas, sindicatos, associações de bairros, movimentos sociais, partidos políticos etc.), não somente questionou radicalmente a atuação do Estado brasileiro no campo da saúde, mas também se comprometeu com a afirmação de um novo sistema nacional de saúde, objetivado na Constituição de 1988 através da criação do SUS (COHN, 1995).

A criação do SUS foi expressão das lutas históricas em favor de uma nova política nacional de saúde no país, efetivamente democrática, assentada no pressuposto de que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, com ênfase à “valorização da criação de novos espaços institucionais de participação, com poder deliberativo dos segmentos organizados da sociedade, constituindo-se assim numa estratégia de ampliar, no espectro social, as oportunidades de acesso ao poder”. Fundado nos princípios da *universalidade*, da *integralidade*, da *equidade*, da *descentralização* e da *participação social*, o SUS, ao ser institucionalizado pela Constituição de 1988, garantiu à população brasileira o direito constitucional à saúde, além de afirmar uma nova concepção de políticas de saúde. A partir da nova concepção passou-se a valorizar o pressuposto segundo o qual a saúde não pode ser entendida como ausência de doença, a saúde precisa ser promovida e, nesse sentido, o próprio adoecimento precisa ser entendido como algo complexo, multifatorial, que perpassa vários aspectos, além do biológico, relacionados a questões sociais, ambientais, psíquicas, econômicas, políticas (COHN, 1995, p. 233).

A nova concepção de políticas de saúde afirmada através do SUS repercutiu nas discussões e na própria construção das políticas de saúde dos trabalhadores. A partir de então, não somente os pressupostos que fundamentaram a criação do SUS se fizeram presentes na construção das políticas públicas relacionadas à saúde dos trabalhadores. Fizeram-se presentes também as demandas oriundas das lutas históricas dos trabalhadores que, desde a década de 1960, cobravam maior participação nas discussões sobre a saúde dos trabalhadores, defendendo concepções diferentes daquelas que estão presentes tanto na “medicina do trabalho” quanto na “saúde ocupacional” (MENDES; DIAS, 1991).

Naquele contexto histórico, portanto, aos poucos foi se afirmando uma nova concepção, denominada “saúde do trabalhador”, a partir da qual observou-se um importante deslocamento, colocando-se como “objeto da saúde do trabalhador” “o *processo saúde e doença* dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho” (IDEM, *Ibid.*, p. 347. Grifos no original). Com esse pressuposto, a “saúde do trabalhador” colocou-se como afirmação de um “interesse teórico e político” de rompimento com concepções que estabelecem vínculos causais entre doenças e agentes específicos ou, então, entre doenças e um grupo de fatores de risco presentes nos ambientes de trabalho, mas também de afirmação de uma concepção segundo a qual é importante considerar os aspectos objetivos (as determinações sociais), sem descuidos em relação aos aspectos subjetivos implicados nas relações dos seres humanos com o trabalho (IDEM, *Ibid.*, p. 347). Mais do que isso, a “saúde do trabalhador” contribuiu para que os trabalhadores (e não a produção) fossem colocados como sujeitos, entendendo-se os locais de trabalho como espaços de conflitos, decorrentes das próprias estratégias de organização e de controle sobre o trabalho e, nesse sentido, também como espaços de resistência e de fazer histórico, a partir dos quais os próprios trabalhadores podem atuar ativamente na construção das condições favoráveis à promoção da saúde.

Com base nessas “novas” concepções, e num contexto de implantação do SUS, a partir dos anos 1990 observou-se uma dinâmica de discussão e de afirmação de uma legislação visando definir os contornos de uma “política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora”. Nessa direção, já o artigo 200 da Constituição Federal de 1988 apontou ao SUS a competência de “executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” (BRASIL, 2012) e, em 1996, através da Norma Operacional Básica (NOB 1/1996) a saúde do trabalhador foi incluída como um *campo de atuação da atenção básica à saúde*, explicitando-se, portanto, na legislação, o pressuposto de que a política pública de saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras está diretamente vinculada com a política

nacional de saúde, ou seja, ao SUS (ASCARI, 2014).

A partir da NOB 1/1996, diversas portarias do Ministério da Saúde, compreendendo a segunda metade da década de 1990 e a década de 2000, contribuíram para compor a saúde do trabalhador no âmbito do SUS: a Portaria nº 1.679, de 2002, que criou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS (RENAST) e a Portaria nº 1.833, de 2012, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT).

A Portaria nº 1.679 estabeleceu a necessidade de construção de Planos Estaduais de Saúde do Trabalhador, atribuindo essa responsabilidade às Coordenações Estaduais, num trabalho conjunto com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) – serviços regionais de saúde do trabalhador. Nesse sentido, a referida Portaria propôs a observação (nas políticas de saúde do trabalhador) das diretrizes (da regionalização, da hierarquização e da programação das ações e serviços) registradas pela Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, a partir da qual as responsabilidades dos municípios foram ampliadas na Atenção Básica, ao mesmo tempo em que estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde (DIAS; RIBEIRO, 2011).

Observe-se que através da Portaria nº 1.679 foram criados os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, materialização do processo de regionalização das políticas de saúde do trabalhador, implementado a partir dos anos 2000. Atribui-se a esses Centros, no âmbito local-regional, compromissos político-institucionais, de gestão e organização dos serviços, de vigilância, de sistema de informações, de formação em saúde do trabalhador, de articulação interinstitucional visando criar condições favoráveis à efetivação da política (regional) de saúde do trabalhador, de controle social (BRASIL, 2010).

Em relação à Portaria nº 1.833, de 2012, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), cabe destacar que essa Política alinhou-se ao conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2012). A referida política teve como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias que devem ser observadas nas três escalas de gestão do SUS (nacional, estadual e municipal), visando o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (IDEM, Ibid.). Além disso, na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora todos os trabalhadores, independente de sexo, de localização (urbana ou rural), da forma de

inserção no mercado de trabalho (formal ou informal), vínculo empregatício (público ou privado), se ocupado ou desempregado, devem ser integrados, garantindo-se assistência e recuperação dos agravos, promoção, prevenção, vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, além de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores (IDEM, Ibid.).

Portanto, já a partir da década de 1990 e seguindo uma orientação presente na própria política nacional de saúde construída a partir da criação do SUS, a política nacional da saúde dos trabalhadores passou a enfatizar a importância tanto da escala local quanto da escala regional na construção de agendas públicas de atuação, visando o desenvolvimento de ações tanto de promoção da saúde quanto da prevenção de enfermidades e acidentes e atenção curativa aos trabalhadores.

E é nesse sentido que a presente tese apresenta os resultados de uma investigação que, tomando como referência empírica a Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul,¹ analisou a construção da política regional de saúde dos trabalhadores, dando-se atenção não somente ao processo de atuação, no âmbito da Região de Saúde, das instituições públicas responsáveis pela implementação da política, mas também para o processo histórico a partir do qual as doenças relacionadas ao trabalho ganham (ou não) visibilidade, mobilizando ações dos trabalhadores, dos espaços empresariais e do poder público.

Nesse sentido, é importante destacar que, sob o ponto de vista da problemática que orientou a investigação realizada, considera-se que, em que pesem os avanços (legislativos e institucionais) alcançados na construção de uma política nacional (e inclusive regional) da saúde do trabalhador e da trabalhadora, as dificuldades enfrentadas na implementação dessa política ainda são grandes, explicando em parte a pouca efetividade das ações de controle público sobre as questões relacionadas à saúde dos trabalhadores, do que decorre, inclusive e como indicado anteriormente, um ainda significativo número de acidentes (e até mesmo mortes) diretamente vinculados ao trabalho.

Essa é, aliás, uma primeira questão que merece ser enfatizada pois, para além de uma “reconhecida subnotificação”, as últimas décadas têm registrado não somente o aumento dos agravos à saúde dos trabalhadores, mas também a emergência de “um novo perfil de

¹ A Região 28 de Saúde no Rio Grande do Sul compreende os seguintes municípios: Santa Cruz do Sul, Gramado Xavier, Herveiras, Sinimbu, Mato Leitão, Candelária, Vale do Sol, Vera Cruz, Venâncio Aires, Passo do Sobrado, Vale Verde, Rio Pardo e Pântano Grande (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

morbidade”, no qual as lesões por esforço repetitivo e os problemas de saúde mental se destacam (COSTA et al., 2013, p. 12). Essa constatação fica ainda mais trágica quando se indica que, no caso brasileiro, três trabalhadores morrem a cada duas horas por razões direta ou indiretamente vinculadas ao trabalho que realizam, registrando-se, ainda, três acidentes de trabalho não fatais a cada minuto (IDEM, Ibid.).

Em relação as políticas relacionadas à Saúde do Trabalhador, os dados citados revelam grandes dificuldades decorrentes não somente do atraso na implantação das políticas públicas, mas também da precariedade com a qual os serviços públicos funcionam, apresentando “graves problemas estruturais quanto a recursos materiais, profissionais, salariais, dentre outros fatores” (IDEM, Ibid. p. 13).

Os próprios profissionais de saúde, apesar de compreenderem a importância da saúde do trabalhador, têm dificuldades vinculadas à quantidade e à qualificação profissional adequadas para desenvolver ações de assistência e vigilância em saúde do trabalhador (MAENO, 2005). Especificamente, no campo da atenção básica, há subnotificações dos agravos relacionados ao trabalho, falta de ações e estratégias de educação permanente e de reconhecimento dos serviços de referência em saúde do trabalhador enquanto suporte técnico e científico (LOPES, 2013). Se as doenças do trabalho não são diagnosticadas e relacionadas como tal, também não são notificadas e ficam na invisibilidade, evidentemente em prejuízo dos trabalhadores, na medida em que limitam a possibilidade de tratamento e de recuperação da saúde dos mesmos. Nesse sentido, pode-se dizer que as doenças do trabalho acontecem coletivamente, mas quando tratadas de forma individualizada e distante das causas, permanecem no anonimato (LOURENÇO; BERTANI, 2010).

Não se pode esquecer que na própria atuação do Estado brasileiro no campo da saúde do trabalhador observam-se diferentes incongruências. Além das confusões quanto às competências dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, os problemas nem sempre são tratados para efetivamente politizar uma agenda nesse campo de atuação do Estado (ALMEIDA, 2011). As dificuldades apresentadas se vinculam a diferentes questões que estão relacionadas com a intersectorialidade, com a vigilância sanitária dos processos de trabalho, com a informação dos agravos, com as “formas tradicionais” de abordagem que não conseguem dar conta das demandas e das necessidades dos trabalhadores, entre outros fatores (VASCONCELLOS; MACHADO, 2011).

Evidentemente, não se pode atribuir as dificuldades percebidas no campo da saúde do trabalhador somente às contradições presentes na construção de políticas públicas,

implementadas no âmbito da atuação estatal. As questões relacionadas ao trabalho humano (e, por consequência, à saúde dos trabalhadores) não podem ser compreendidas sem que se atente à própria dinâmica de desenvolvimento do modo de produção capitalista e às estratégias utilizadas nesse modo de produção visando disciplinar a força de trabalho, regulamentar/desregulamentar as relações entre trabalho/capital, aumentar a produtividade dos investimentos do capital.

Nesse sentido, cabe destacar que já a partir das últimas décadas do século XX um amplo processo de reestruturação da economia capitalista, somada a redefinições no modo de atuação estatal, expressaram um processo histórico de crise do padrão fordista de acumulação capitalista e de emergência de um padrão flexível de acumulação (HARVEY, 1993).

Naquele contexto, não sem movimentos heterogêneos e condicionados por fatores não somente de ordem econômica (mas também de ordem gerencial, política, cultural, geográfica), empresas de todo o planeta promoveram reestruturações nos modos de organizar a produção e o trabalho, com repercussões significativas nas formas de inserção dos trabalhadores nos mercados de trabalho e nos processos de trabalho (ANTUNES, 1999). Um processo histórico que ainda hoje redefine estratégias de produção, a partir de uma orientação que valoriza o aumento da produção a partir de condições mais “enxutas” de organização empresarial, de organização da produção, de organização do trabalho, e não raras vezes contra os interesses coletivos dos trabalhadores e com implicações não somente nas formas de inserção desses nos mercados de trabalho, mas, também, nas exigências que se colocam para esses em termos de experiência profissional e qualificação, nos modos como participam no processo produtivo, nas estratégias que são utilizadas visando o disciplinamento deles no processo produtivo.²

A intensificação da competição, impulsionada fortemente pela crescente mundialização do capital a partir das duas últimas décadas do século XX, condicionou as estratégias das empresas capitalistas que, visando aumentar a produtividade do capital e do trabalho, passaram a realizar mudanças em seus modos de organização da produção e do trabalho, mas também inovações técnico-científicas; novas formas de organização empresarial (como é o caso, por

² O processo de reestruturação produtiva implementado a partir das últimas décadas do século XX tem sido fortemente influenciado pelas “inovações organizacionais” promovidas a partir da segunda metade do século XX pela indústria automobilística japonesa, que resultou na criação de um “modelo de gestão da produção e do trabalho”, denominado por diferentes teóricos de “modelo enxuta”; como afirma Thomas Gounet, um modelo que pode ser traduzido como um esforço de racionalização concentrado em cinco zeros: zero atraso, zero papeis, zero estoques, zero defeito, zero pane (aos quais poderia ser acrescentado um sexto: zero pessoas, ou seja, aumento da produção com um número mínimo de trabalhadores) (GOUNET, 1999, p. 29).

exemplo, das “empresas em rede”) (CASTELLS, 1999); o uso mais “flexível” da força-de-trabalho, inclusive através do deslocamento para espaços onde o controle público sobre as relações capital-trabalho são mais “brandas” (mesmo ausentes) (ANTUNES, 1999); o deslocamento dos investimentos para setores da economia com potencial de realização do ciclo de valorização mais rapidamente; uma crescente financeirização da economia (CHESNAIS, 1997).

Num contexto histórico caracterizado pela intensificação da competição, o aumento da produtividade do trabalho e do capital passou a ser perseguido não somente através de mudanças nos modos de organizar a produção e o trabalho, mas também através do uso racional de novas tecnologias (LEITE, 1994); de novas formas de organização empresarial (formação de redes de empresas, por exemplo) (CASTELLS, 1999); de novas formas de utilização da força-de-trabalho, muitas vezes caracterizadas pela busca de formas mais descomprometidas socialmente de emprego de trabalhadores (ANTUNES, 1999); do deslocamento dos investimentos do capital para diferentes setores econômicos (do que resultou um crescimento do setor financeiro em escala global); na mundialização dos investimentos do capital, decorrente da liberdade alcançada, principalmente pelas grandes empresas, de se movimentarem globalmente em busca de condições mais favoráveis para seus investimentos (CHESNAIS, 1997).

Claro que esse processo histórico de reestruturação produtiva não poderia e não pode ocorrer sem um impulso dado pelos Estados, o que, em muitos países e a partir das últimas duas décadas do século XX, passou a ser realizado a partir da adoção de políticas governamentais fundamentadas no neoliberalismo. Nesse sentido, como se referiu François Chesnais ainda durante a década de 1990 sobre o processo de “mundialização do capital”, o processo de reestruturação da economia capitalista somente foi possível em função das “políticas de liberalização, de privatização, de desregulamentação e de desmantelamento de conquistas sociais e democráticas, que foram aplicadas desde o início da década de 1980” (IDEM, 1996, p. 34).

Teoricamente, o neoliberalismo compreende uma visão “ultra-apologética do mercado (FEIJÓO, 1995) que surgiu no período pós II Guerra Mundial como “reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar” (ANDERSON, 1995, p. 9). Enquanto orientação de políticas governamentais, porém, o neoliberalismo ganhou visibilidade a partir do final da década de 1970 quando, iniciando pelas experiências da Inglaterra (governo Margareth Thatcher) e dos Estados Unidos (governo Ronald Reagan), governos de todo o

planeta começaram a realizar reformas no Estado e na economia a partir de orientações neoliberais (IDEM, Ibid.). Nos países latino-americanos, embora a experiência chilena nos anos 1970 (governo autoritário de Augusto Pinochet) tenha sido pioneira na aplicação do neoliberalismo (PETRAS, 1999), foi a partir do final da década de 1980 que, num contexto de agravamento da crise econômica, os governos começaram a enfrentar as pressões de organismos internacionais (em especial do FMI – Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial) para adotarem políticas governamentais orientadas pelo neoliberalismo, tais como a disciplina fiscal, a redefinição de prioridades nos gastos públicos, a reforma tributária, a liberalização do setor financeiro, a liberalização comercial, a atração de investimentos estrangeiros, a privatização de empresas estatais, a desregulamentação econômica e social (NEGRÃO, 1998).

O processo histórico de reestruturação produtiva e de implantação de políticas neoliberais, dependendo de como ocorre, tem diferentes repercussões sobre o trabalho, sobre os trabalhadores e a saúde destes. De modo geral, os trabalhadores estão inseridos num “mundo do trabalho globalizado”, neoliberal e de reestruturação produtiva, do qual resultam dinâmicas de flexibilização, de desregulamentação e de precarização social (ANTUNES, 2000). A saúde dos trabalhadores está atrelada ao sistema econômico que regula a forma de viver e trabalhar dos indivíduos, em que as questões macroestruturais da economia e da política condicionam os processos de trabalho. Nesse contexto, inclusive, observa-se uma tendência de individualização das relações do trabalho (IDEM, 2006), o que, no campo da saúde do trabalhador, expressa situações em que os indivíduos assumem a responsabilidade sobre as doenças que desenvolvem no trabalho e a partir do trabalho.

Assim, de um lado os trabalhadores e as trabalhadoras nas sociedades contemporâneas convivem com dinâmicas históricas de desemprego, de subemprego, de comprometimento dos salários, de distanciamento em relação às políticas (previdenciárias, trabalhistas) de proteção ao trabalho, de fragilização das representações sociopolíticas (IDEM, Ibid.). Por outro lado, convivem com dinâmicas de reestruturação produtiva (promovidas pelas empresas) e de implantação de políticas neoliberais que apostam numa maior privatização (maior liberdade para que o mercado defina as relações), numa maior desregulamentação (questionamento e, mesmo, destruição de normas e regras jurídicas já estabelecidas) e numa maior flexibilidade (liberdade para tornar as regras e normas efêmeras, passíveis de serem modificadas a partir dos interesses dos agentes sociais, econômicos) das relações de trabalho.

No interior das empresas prevalece um modelo de gestão da produção de bens e serviços que objetiva capturar a subjetividade dos trabalhadores, para envolvê-los na condução e operação dos novos dispositivos tecnológicos e organizacionais, sendo instigados a pensar mais e de acordo com a necessidade direcionada pelo capital (ALVES, 2011). As empresas da era da flexibilidade liofilizada (modalidade de organização e controle do processo de trabalho) buscam envolver o trabalho mais qualitativo dos trabalhadores, introduzindo técnicas de gestão da fase informacional, estrutura produtiva mais flexível, terceirização, trabalho em equipe, entre outros; são novas modalidades de organização da produção e do trabalho que se apropriam mais intensamente da dimensão intelectual do trabalhador, das capacidades cognitivas, evoluindo a subjetividade operária (ANTUNES, 2014).

É nesse sentido que ganha importância a afirmação de Christophe Dejours, segundo a qual “a subjetividade pertence à categoria do invisível e, portanto, não é visto nem mensurável” (DEJOURS, 2003, p. 29); a invisibilidade do sofrimento no trabalho pode ser percebida pela própria falta de discussão e divulgação nos meios de comunicação sobre o sofrimento comum que, muitas vezes, está próximo de nós e acaba sendo banalizado. Como destaca Ricardo Antunes, os trabalhadores submetidos a “condições de insegurança e estresse” (por exemplo, os empregos instáveis, em tempo parcial ou temporários) apresentam dificuldades para demonstrar o seu sofrimento e sentimento de precariedade. As estratégias das empresas para tornar o trabalhador mais produtivo e rentável estão relacionadas com a “desestabilização e precarização no trabalho”, estimulando os próprios trabalhadores a provar o tempo todo as suas capacidades (ANTUNES, 2014, p. 53).

Evidentemente, o registro de algumas características de processos de reestruturação produtiva e de realização de políticas neoliberais, das repercussões desses processos sobre o trabalho, os trabalhadores, a saúde dos trabalhadores, é importante apenas para a identificação de tendências gerais que condicionam o trabalho, a saúde dos trabalhadores, a própria construção das políticas públicas de saúde dos trabalhadores. Porém, se as investigações devem estar atentas a essas tendências gerais, às uniformidades e aos padrões construídos historicamente, não podem ignorar (ou mesmo relativizar) as singularidades históricas, que se manifestam nas formas como agem (e reagem) diante do próprio processo de reestruturação produtiva e de reformas neoliberais os trabalhadores, as empresas, as instituições, as classes sociais, as regiões e mesmo os países. Há de se atentar, portanto, ao processo de territorialização dessas dinâmicas, ou seja, como os diferentes sujeitos históricos, mas também as diferentes regiões, expressões de diferentes modos de organização nos territórios, experienciam essas

tendências gerais, construindo, portanto, diferentes dinâmicas sociopolíticas (de integração, de adaptação, de resistência) em relação a elas.

Entende-se que essa atenção às singularidades históricas, evidentemente condicionadas pelas tendências macroestruturais, trazida para o objeto da presente proposta de tese, contribui para que se possa ter uma melhor ideia das políticas de saúde do trabalhador como uma construção social. O que isso significa? Por um lado, significa que as políticas de saúde do trabalhador expressam, acima de tudo, ações sociais que se estabelecem também a partir de significados e motivações socioculturais, que podem estar vinculados ao poder, ao status, à cultura organizacional, aos valores sociais e culturais dos diferentes agentes envolvidos na discussão sobre trabalho, inserção dos trabalhadores em dinâmicas produtivas, políticas de saúde dos trabalhadores. Por outro lado, e para os fins da presente tese algo de fundamental importância, as políticas de saúde dos trabalhadores expressam ações socialmente situadas, ou seja, além de situadas num contexto histórico determinado (ocorre como resultado das ações de agentes que estão situados no espaço e no tempo), as políticas de saúde dos trabalhadores expressam processos sociais onde seus agentes não agem de forma autônoma, mas, antes, em sistemas de interações sociais, compreendendo diferentes formas de condicionamento e, também, diferentes agentes, diferentes interesses, diferentes formas de institucionalidade, diferentes formas de relacionamento social e político.

O pressuposto de que as políticas de saúde dos trabalhadores são construídas socialmente indica, por um lado, que não se pode trabalhar com uma perspectiva normativa com a qual se espera, uma vez definido o processo de institucionalização das políticas via Estado, que ela possa, por si só, transformar a realidade sócio-histórica. O processo de institucionalização das políticas de saúde dos trabalhadores, por si só e em que pese os problemas diretamente relacionados à sua organização, não consegue dar conta da complexidade que compreende o campo da saúde. Por outro lado, esse pressuposto possibilita que se enfatize a importância de se considerar os contextos históricos concretos de trabalho, de organização do trabalho, de afirmação/negação das concepções, de estabelecimento de estratégias pelos diferentes agentes históricos, de participação sociopolítica na própria definição (local, regional, mesmo nacional) das políticas de saúde dos trabalhadores. A consequência mais direta desse pressuposto é que as políticas de saúde dos trabalhadores sempre têm uma dimensão contingencial, que decorrem das condições históricas concretas que as “produzem”, tornando possível sua efetivação (ou não) em determinado contexto histórico, socioespacial.

Foram esses os pressupostos que estiveram presentes no processo de construção do objeto, que resultou na apresentação de um problema de pesquisa objetivado na seguinte questão: como ocorre o processo de construção da política de atenção integral à saúde dos trabalhadores na Região 28 de Saúde/RS? Definindo-se a partir desse questionamento não somente o objetivo geral da tese, mas também seus objetivos específicos: analisar o processo de institucionalização da política de atenção integral em Saúde do Trabalhador na Região 28 de Saúde (RS); analisar as ações realizadas pelo setor público na Região 28 de Saúde (RS) visando a construção de uma política regional de saúde dos trabalhadores; analisar as estratégias empresariais na Região 28 de Saúde (RS) visando promover a saúde dos trabalhadores, prevenir enfermidades e acidentes e atender casos de doenças relacionadas ao trabalho; analisar as estratégias que os trabalhadores utilizam para a prevenção e para o cuidado de doenças relacionadas as suas condições de trabalho.

E, para alcançar os objetivos propostos, a partir da perspectiva teórico-metodológica indicada anteriormente, bem como das questões norteadoras nela implicadas, foram adotados diferentes procedimentos metodológicos. Estes procedimentos serão detalhados no capítulo relacionado à apresentação e à análise dos dados empíricos coletados e que fundamentam, empiricamente, a tese aqui apresentada. Mas que, de qualquer forma, merecem já serem indicados neste texto de introdução, mesmo que na forma de apontamento de questões gerais relacionadas à abordagem metodológica e aos procedimentos de coleta de dados que foram utilizados.

Sob o ponto de vista da abordagem metodológica, a pesquisa realizada tomou como suporte teórico-metodológico o materialismo histórico, que compreende não somente uma concepção epistemológica, mas, também, sociológica da realidade. Como aponta Fernandes (1984), o materialismo histórico é uma forma de compreensão da realidade, que rejeita a existência de um princípio espiritual e que a liga às condições materiais e as suas transformações. Pressuposto, aliás, que é recorrente na análise que o próprio Marx realizou sobre o modo de produção capitalista e que está explicitado numa famosa passagem do prefácio da “Contribuição à Crítica da Economia Política”:

[...]. A conclusão geral a que cheguei e que, uma vez adquirida, serviu de fio condutor dos meus estudos, pode formular-se resumidamente assim: na produção social da sua existência, os homens estabelecem relações determinadas, necessárias, independentes da sua vontade, relações de produção que correspondem a um determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas materiais. [...]. O modo de produção da vida material condiciona o desenvolvimento da vida social, política e intelectual em geral. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; é o seu ser social que, inversamente, determina a sua consciência. [...]. Assim como não se julga um

indivíduo pela ideia que ele faz de si próprio, não se poderá julgar uma tal época de transformação pela mesma consciência de si; é preciso, pelo contrário, explicar esta consciência pelas contradições da vida material, pelo conflito que existe entre as forças produtivas sociais e as relações de produção [...] (MARX, 1983, p. 24-25).

Nesse sentido, pode-se afirmar que já em Marx se definiam algumas das principais conotações do materialismo histórico, enquanto método de abordagem dos fenômenos histórico-sociais: “a não aceitação da autonomia das ideias na vida social”; “o compromisso com uma análise histórica concreta”, contrapondo-se à reflexão filosófica abstrata; “a centralidade da praxis humana na análise”, condicionada, mas também, transformadora da realidade; “a ênfase no trabalho humano enquanto atividade de transformação da natureza e mediação das relações sociais na história” (BOTTOMORE, 1988, p. 254).

Nessa direção, inclusive, Augusto Triviños destaca que pesquisar a partir da abordagem materialista-histórica pressupõe entender: a) que a realidade existe de maneira independente da consciência que se tem dela e, portanto, que ela tem objetividade; b) que, mais do que ser objetiva, a realidade não é estática mas, ao contrário, está em permanente mudança; c) que o movimento concreto da realidade é resultado de sua própria constituição marcada por contradições; d) que os procedimentos de pesquisa adotados devem partir da contemplação viva dos fenômenos (do concreto) para, a partir daí, “penetrar” na dimensão abstrata dos mesmos, analisando-os em sua totalidade, nas suas partes constituintes, na relação entre as partes e entre essas e o todo (concreto abstrato) e, então, voltar-se ao concreto, agora não mais como uma realidade imediata, mas como uma realidade concreta pensada, compreendida em sua complexidade, nos seus aspectos essenciais e em suas possibilidades, naquilo que é universal e singular, necessário e contingente (concreto pensado) (TRIVIÑOS, 1992, p. 49).

Nesse processo de compreensão dos fenômenos, num movimento que parte do concreto, voltando-se a ele como um concreto pensado, algumas categorias são fundamentais: a *totalidade*, a *historicidade*, a *mediação*, a *contradição*. Nesse sentido, compreender a realidade a partir de sua *totalidade* requer a apreensão de “um conjunto amplo de relações, particularidades e detalhes que são captados numa totalidade que é sempre uma totalidade de totalidades”; a partir da *historicidade* tem-se que a realidade não é abstrata, mas está situada no tempo e no espaço, é constituinte e constituída por relações que são históricas; essa análise requer, também, atenção às mediações entre as partes e o todo, pois a *mediação* permite que se estabeleçam as conexões entre os diferentes aspectos que caracterizam a realidade, já que “a totalidade existe nas e através das mediações, pelas quais as partes específicas (totalidades

parciais) estão relacionadas, numa série de determinações recíprocas que se modificam constantemente” (MASSON, 2012, p. 4); e com a *contradição* compreende-se que a realidade, que está em constante mudança (do que resulta que ela pode ser transformada), tem uma dinâmica que decorre de suas próprias contradições, da “presença de aspectos e tendências contrários” que permitem que a realidade passe de um estado para outro (IDEM, *Ibid.*, p. 4-5).

Coloca-se, a partir dessas categorias do materialismo histórico, a necessidade da análise ir para além da realidade aparente, desvelando-se o que não está exposto, o que não foi dito. No caso concreto do objeto de estudo da presente tese, isso implica discutir as políticas de saúde dos trabalhadores não como políticas prontas, nem como políticas que resultam de compreensões consensuais na sociedade, mas, antes, como resultado de processos históricos marcados por conflitos, por antagonismos implicados e condicionados pela própria estruturação da vida em sociedade.

É nessa direção que se analisaram as políticas de saúde do trabalhador, na forma concreta como são construídas numa determinada região geográfica (Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul), a partir de uma compreensão da própria dinâmica histórica do modo de produção capitalista e de como essa dinâmica condiciona o trabalho em sociedade, os modos de organização do processo de trabalho, as formas históricas de inserção dos indivíduos nesses processos de trabalho. Tem-se, portanto, que não só os agravos à saúde são condicionados por essa dinâmica histórica, mas, também, as formas de compreensão e de intervenção que expressam as diferentes e contraditórias respostas aos problemas sociais implicados nos mesmos.

É necessário que se considere, portanto, a dinâmica histórica do modo de produção capitalista com suas repercussões no mundo do trabalho como um condicionamento básico para a análise das políticas de saúde dos trabalhadores, pois, como afirma Edvânia Lourenço, daí que resultam “tanto os agravos à saúde dos trabalhadores quanto as possibilidades de correlação de forças para que o Estado estabeleça ou não as garantias trabalhistas, previdenciárias e demais políticas públicas promotoras de cidadania” (LOURENÇO, 2009, p. 24).

Sob o ponto de vista dos procedimentos de levantamento de dados, uma primeira questão a ser indicada é que a pesquisa realizada compreendeu os municípios da Região 28 de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, sendo os mesmos municípios pertencentes a região de abrangência da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde. Uma segunda questão é que se adotou a triangulação de dados, utilizando-se tanto dados secundários quanto dados primários,

quantitativos e qualitativos. De forma mais precisa, além de dados secundários que permitiram, principalmente, analisar o processo histórico de institucionalização das políticas regionais de saúde dos trabalhadores na Região investigada, foram analisados dados primários levantados através da aplicação de formulários de pesquisa junto a trabalhadores e da realização de entrevistas com trabalhadores, representantes de empresas e trabalhadores da saúde que atuam em espaços públicos comprometidos com a execução de políticas de saúde dos trabalhadores (o detalhamento dos procedimentos de levantamento de dados será apresentado no decorrer da apresentação dos dados, a partir do capítulo 03).

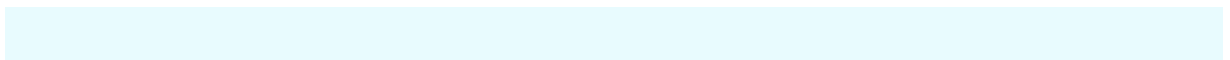
Por fim, apresenta-se também neste texto de introdução a estrutura da tese, com uma breve indicação dos objetivos que nortearam a construção dos textos, em seus diferentes capítulos.

Nessa direção, o primeiro capítulo que segue ao texto de introdução, denominado “Reestruturação do modo de produção capitalista, mudanças no trabalho e a saúde dos trabalhadores”, analisa aspectos do processo histórico de reestruturação do capitalismo a partir das últimas décadas do século XX, as repercussões daquela reestruturação sobre a dinâmica de desenvolvimento do capitalismo no Brasil, em especial a partir dos anos 1990 e sobre a própria construção de políticas públicas de saúde do trabalhador a partir daquela década, além de atentar para a análise de como aquele processo de reestruturação do capitalismo condicionou dinâmicas de definição e de redefinição do significado histórico da saúde do trabalhador.

O segundo capítulo propõe a discussão teórica em torno dos desafios colocados pela dinâmica histórica de construção de uma política pública de atenção integral em Saúde do Trabalhador no Brasil, considerando essa dinâmica histórica desde a constituição do SUS, na década de 1980, até a construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, já durante a primeira década do século XXI.

O terceiro e o quarto capítulos já resultam da análise realizada a partir dos dados levantados na investigação empírica, e buscam efetivamente analisar a construção de uma política de saúde dos trabalhadores no âmbito da Região 28 da Saúde do Rio Grande do Sul: a regionalização dessa política, sua construção histórica, as ações e as interações dos sujeitos coletivos que constroem uma política de atenção integral em Saúde do Trabalhador. Como questão de fundo na análise realizada nesses dois últimos capítulos está a preocupação em compreender o processo de construção das políticas (regionais) de saúde dos trabalhadores, mas, também, como a saúde do trabalhador é “construída” no contexto de transformações que caracterizam a sociedade contemporânea.

As considerações finais retomam os objetivos da tese, sistematizam os principais resultados alcançados com a realização do trabalho e indicam os limites e as questões que ficaram em aberto, abrindo possibilidades de novas investigações acerca da temática. Ao final, espera-se que o trabalho realizado possa contribuir para o pensar/agir relacionados à saúde dos trabalhadores, visibilizando a relação do processo saúde-doença e trabalho como tema fundamental no processo histórico de construção de uma sociedade mais justa e igualitária.



2 REESTRUTURAÇÃO DO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA, MUDANÇAS NO TRABALHO E A SAÚDE DOS TRABALHADORES

Este capítulo dedica-se à análise de aspectos que caracterizam a dinâmica histórica de desenvolvimento do capitalismo a partir das últimas décadas do século XX, com ênfase às mudanças que ocorrem no mundo do trabalho e as suas repercussões nas formas de organização da produção, no controle sobre o trabalhador e na saúde das pessoas que vivem do trabalho.

O argumento que se procura desenvolver é que, no contexto de transformações no modo de produção capitalista, observam-se mudanças significativas no modo como as relações sociais capitalistas condicionam a organização dos mercados de trabalho, as formas de inserção dos trabalhadores nos mercados de trabalho, a organização do processo produtivo e de trabalho, a própria formação da identidade e da subjetividade dos trabalhadores.

Sob o ponto de vista da saúde dos trabalhadores, não somente novas formas de adoecimento estão presentes nesse contexto histórico de transformações nas sociedades capitalistas, mas, também, novas formas de abordagem/enfrentamento aos problemas relacionados à saúde do trabalhador, com destaque para tendências que privatizam a saúde do trabalhador, seja por que a descaracterizam como uma questão de saúde pública, seja por que se mostram comprometidas com um pressuposto de individualização das relações sociais, do qual resulta uma crescente responsabilização dos indivíduos pelos riscos que enfrentam no âmbito do trabalho.

2.1. Reestruturação do capitalismo, trabalho e a organização do trabalho

O capital é o sangue que flui através do corpo político de todas as sociedades que chamamos de capitalistas, espalhando-se, às vezes como um filete e outras vezes como uma inundação, em cada canto e recanto do mundo habitado. É graças a esse fluxo que nós, que vivemos no capitalismo, adquirimos nosso pão de cada dia, assim como nossas casas, carros, telefones celulares, camisas, sapatos e todos os outros bens necessários para garantir nossa vida no dia a dia. A riqueza a partir da qual muitos dos serviços que nos apoiam, entretêm, educam, ressuscitam ou purificam são fornecidos é criada por meio desses fluxos. Ao tributar esse fluxo os Estados aumentam seu poder, sua força militar e sua capacidade de assegurar um padrão de vida adequado a seus cidadãos. Se interrompemos, retardamos, ou pior, suspendemos o fluxo, deparamo-nos com uma crise do capitalismo em que o cotidiano não pode mais continuar no estilo a que estamos acostumados (HARVEY, 2009, p. 7).

A citação de David Harvey dá a dimensão da força do capital, à medida em que esclarece aspectos importantes do seu fluxo e de sua capacidade de expansão, interferindo nas formas de viver e de ser dos que vivem no mundo capitalista. O capital está em constante movimento e assume diferentes formas de manifestação, o que nos leva a entender, segundo Harvey (IDEM, *Ibid.*, p. 42), que “a continuidade do fluxo na circulação do capital é muito importante”.

Para os fins da presente tese, é importante destacar como as transformações históricas no e do modo de produção capitalista condicionam as formas históricas de relações entre capital e trabalho e de organização da produção e do trabalho. Nesse sentido, um pressuposto importante para a análise é o de que o capitalismo, em sua história, apresenta diferentes fases de desenvolvimento que respondem, cada uma em determinado período, aos problemas (crises) que a própria dinâmica de desenvolvimento capitalista produz.

Como afirma David Harvey, na história do modo de produção capitalista observam-se duas preocupações principais e relacionadas à acumulação do capital. Uma se refere ao mercado de fixação de preços e à própria dinâmica de organização das economias capitalistas, cuja condição anárquica leva à necessidade de ações coletivas como a regulamentação e a intervenção do Estado, para evitar excessivas concentrações de poder de mercado, abusos de privilégios decorrentes de situação de monopólio, contradições que decorrem de uma produção crescente que não é acompanhada por condições sociais e culturais de consumo. Outra se refere à necessidade de controle sobre a força de trabalho, para que se possa garantir a produção de um maior valor (mais valia) na produção e, nesse sentido, os lucros necessários para a valorização do capital (IDEM, 1993).

O esforço no sentido de encontrar soluções para essas duas grandes dificuldades capitalistas resultou, na primeira metade do século XX, num “regime de acumulação fordista” de desenvolvimento capitalista. De modo geral, o fordismo é lembrado como um conjunto de técnicas e de estratégias de organização do processo produtivo e de trabalho (produção em massa, linha de montagem, especialização e fragmentação do trabalho etc.). No entanto, o fordismo compreende mais do que estratégias de organização do processo de produção e do trabalho; o fordismo compreende uma visão acerca do desenvolvimento capitalista e da necessidade um “regime de acumulação” capaz de enfrentar as contradições do capitalismo e impulsionar seu crescimento. Noções que, como registra David Harvey, estavam presentes no próprio Ford:

[...]. O que havia de especial em Ford (e que, em última análise, distingue o fordismo do taylorismo) era a sua visão, seu reconhecimento explícito de que produção em massa significava consumo de massa, um novo sistema de reprodução da força de trabalho, uma nova política de controle e gerência do trabalho, uma nova estética e uma nova psicologia, em suma, um novo tipo de sociedade democrática, racionalizada, modernista e populista (HARVEY, 1993, p. 121).

Claro que o fordismo precisa ser enfatizado por suas técnicas e estratégias de organização da produção e do trabalho, pois é a partir dessas questões que ele se constituiu numa estratégia capitalista para resolver a primeira grande dificuldade presente na dinâmica histórica do modo de produção capitalista: o controle sobre os trabalhadores. Nessa direção, enquanto modelo de organização do processo de trabalho e da produção,

[...] o fordismo caracterizar-se-ia como prática de gestão na qual se observa a radical separação entre concepção e execução, baseando-se esta no trabalho fragmentado e simplificado, com ciclos operatórios muito curtos, requerendo pouco tempo para formação e treinamento dos trabalhadores. O processo de produção fordista fundamenta-se na linha de montagem acoplada à esteira rolante, que evita o deslocamento dos trabalhadores e mantém um fluxo contínuo e progressivo das peças e partes, permitindo a redução dos tempos mortos e, portanto, da porosidade. O trabalho, nessas condições, torna-se repetitivo, parcelado e monótono, sendo a sua velocidade e ritmo estabelecidos independentemente do trabalhador, que o executa através de uma rígida disciplina. O trabalhador perde suas qualificações, as quais são incorporadas à máquina [...] (LARANJEIRA, 1997, p. 89-90).

É importante destacar, portanto, que, sob o ponto de vista da organização da produção e do trabalho, o fordismo implicou cinco grandes transformações que resultaram num “modelo de gestão do trabalho e da produção” que se tornou predominante no “mundo capitalista” ainda durante a primeira metade do século XX (GOUNET, 1999): 1. Produção em massa, visando reduzir os custos da produção e o preço dos produtos; 2. Racionalização do processo de trabalho, através da introdução das técnicas tayloristas de organização do processo de trabalho (estudo do processo de trabalho; racionalização dos modos de trabalhar visando estabelecer um “modo ótimo de trabalho”; treinamento dos trabalhadores tomando como referência o plano racional de trabalho; divisão rígida do trabalho de execução do trabalho de concepção, esse último ficando sob o controle da gerência); 3. Criação da linha de montagem, garantindo um controle não somente sobre os indivíduos no trabalho, mas, sobretudo, sobre o coletivo de trabalhadores (“a linha fixa uma cadência regular de trabalho, controlável pela direção da empresa”); 4. Padronização das peças, visando reduzir “o trabalho do operário a alguns gestos simples e evitar o desperdício de adaptação do componente ao automóvel”; 5. Automatização do processo de produção (GOUNET, 1999, p. 18-19).

O interesse em controlar os trabalhadores, no entanto, não ficou circunscrito aos “muros da fábrica”. Seu horizonte alcançou o cotidiano dos trabalhadores, a própria consciência dos trabalhadores. Como registra Harvey, ao oferecer, no início do século XX, cinco dólares por uma jornada de trabalho de oito horas, Ford buscou “obrigar o trabalhador a adquirir a disciplina necessária à operação do sistema de linha de montagem de alta produtividade” (HARVEY, 1993, p. 122). Além de “dar aos trabalhadores renda e tempo de lazer suficientes para que consumissem os produtos produzidos em massa”, o que “presumia” uma disciplina dos trabalhadores (sob o ponto de vista da organização de suas vidas, de suas finanças), buscada (na experiência concreta da indústria de Ford) através do envio de “um exército de assistentes sociais aos lares dos seus trabalhadores”, para ter certeza de um “‘novo homem’ da produção de massa tinha o tipo certo de probidade moral, de vida familiar e de capacidade de consumo prudente [...] e ‘racional’ para corresponder às necessidades e expectativas da corporação” (IDEM, *Ibid.*, p. 122).

Mas o fordismo se vinculou, também, a uma resposta capitalista à segunda grande dificuldade do modo de produção capitalista, relacionada à organização da dinâmica econômica, garantindo-se condições favoráveis ao controle de suas crises e, ao mesmo tempo, expansão econômica. Isso foi possível após depressão das economias capitalistas nos anos 1930, que criou as condições históricas para que capitalistas e lideranças políticas chegassem a um consenso quanto a uma “nova concepção da forma e do uso dos poderes do Estado” (IDEM, *Ibid.*, p. 124). Ou seja, para que houvesse expansão econômica, o Estado teve que assumir novos compromissos e o próprio capital teve que se adequar para ter uma lucratividade mais segura.

[...]. O problema [...] era chegar a um conjunto de estratégias administrativas científicas e poderes estatais que estabilizassem o capitalismo, ao mesmo tempo que se evitavam as evidentes repressões e irracionalidades, toda a beligerância e todo o nacionalismo estreito que as soluções nacional-socialistas implicavam. É nesse contexto confuso que temos de compreender as tentativas altamente diversificadas em diferentes nações-Estado de chegar a arranjos políticos, institucionais e sociais que pudessem acomodar a crônica incapacidade do capitalismo de regulamentar as condições essenciais de sua própria reprodução (HARVEY, 1993, p. 124).

E foi naquele contexto histórico que, fundamentalmente os países capitalistas centrais, sob a hegemonia dos Estados Unidos, chegaram a um padrão de intervenção do Estado na economia e nas relações sociais que, num quadro de domínio econômico sobre os países periféricos do Ocidente, garantiu não somente um período de expansão econômica (fundamentalmente no período entre 1945 e 1970), mas, também, uma melhoria nas condições de vida de amplas parcelas dos trabalhadores daqueles países. Como analisa Harvey, referindo-

se àquele período:

As formas de intervencionismo estatal variavam muito entre os países capitalistas avançados. [...]. Mas o notável é a maneira pela qual governos nacionais de tendências ideológicas bem distintas [...] criaram tanto um crescimento econômico estável como um aumento dos padrões materiais de vida através de uma combinação de estado do bem-estar social, administração econômica keynesiana e controle das relações de salário. É claro que o fordismo dependia da assunção pela nação-Estado [...] de um papel muito especial no sistema geral de regulamentação social (IDEM, *Ibid.*, p. 130).

O regime de acumulação fordista, que garantiu expansão econômica e integração socioeconômica dos trabalhadores nos países capitalistas centrais, entrou em crise no final da década de 1960/início da década de 1970. As razões daquela crise são amplamente analisadas pela bibliografia existente, a partir de diferentes perspectivas teóricas. A partir da perspectiva teórico-metodológica que é adotada na presente tese pode-se afirmar que as razões da crise do regime de acumulação capitalista estão vinculadas, fundamentalmente, às próprias soluções oferecidas pelo fordismo à crise capitalista num período anterior.

Assim, num primeiro momento o fordismo alcançou a disciplina necessária junto aos trabalhadores, tornando-se um modelo funcional no processo de valorização do capital. Nos países capitalistas centrais, no entanto, já a partir da década de 1950, uma nova geração de trabalhadores, não mais motivada pelas necessidades de um período de guerra e renovada em suas formas de organização sociopolítica, ofereceu crescente resistência a um modelo que não somente desqualificava os trabalhadores, mas, também, os colocava num regime fabril caracterizado por hierarquias rígidas, controle permanente, pouca ou nenhuma autonomia (ANTUNES, 1999).

Na mesma direção, se num primeiro momento os representantes sociopolíticos dos interesses do capital aceitaram que o Estado assumisse funções distributivas e integradoras das classes trabalhadoras (através do estado de bem-estar social), na medida em que a competição internacional se intensificou, em função do aumento da produtividade do trabalho e da recuperação de regiões atingidas pela Segunda Guerra Mundial (em especial a Europa e o Japão) essas mesmas forças sociais e políticas começaram a oferecer crescente resistência à permanência de um Estado social (OLIVEIRA, 1998). Nesse sentido, é importante destacar que um dos fatores centrais da crise do capitalismo durante as décadas de 1960/1970 está vinculado à própria recuperação da economia capitalista no período pós-guerra e à intensificação da competição capitalista em nível internacional:

O rompimento do círculo perfeito do Estado-providência, em termos keynesianos, é devido, em primeira instância, à internacionalização produtiva e financeira da economia capitalista. A regulação keynesiana funcionou enquanto a reprodução do capital, os aumentos da produtividade, a elevação do salário real, se circunscreveram aos limites [...] da territorialidade nacional do processo de interação daqueles componentes da renda e do produto [...]. Ultrapassados certos limites, a internacionalização produtiva e financeira dissolveu relativamente a circularidade nacional dos processos de retroalimentação [...]. Em outras palavras, a circularidade anterior pressupunha ganhos fiscais correspondentes ao investimento e à renda que o fundo público articulava e financiava; a crescente internacionalização retirou parte dos ganhos fiscais, mas deixou aos fundos públicos nacionais a tarefa de continuar articulando e financiando a reprodução do capital e da força-de-trabalho. Daí que, nos limites nacionais de cada uma das principais potências industriais desenvolvidas, a crise fiscal [...] emergiu na deterioração das receitas fiscais e parafiscais (previdência social, por exemplo), levando ao déficit público [...]. (IDEM, *Ibid.*, p. 26).

Ainda que as questões indicadas nesses últimos parágrafos não alcancem a complexidade da crise estrutural do capitalismo naquele período, cuja manifestação fenomênica mais evidenciada foi a chamada “crise do petróleo” no início da década de 1970, elas indicam questões centrais que tornaram o regime fordista de acumulação capitalista cada vez mais incapaz de dar respostas às necessidades vinculadas à reprodução ampliada do capital.

O importante é que, já a partir da década de 1960, sinais claros de uma crise do regime fordista de acumulação capitalista estavam presentes em diferentes indicadores da realidade econômica, social, cultural dos países capitalistas centrais. Crise que, a partir de então, impulsionou mudanças profundas nos modos capitalistas de organização da produção, do trabalho, dos mercados de trabalho, do consumo, de direcionamento dos investimentos, da própria natureza de atuação do Estado e que resultou num novo regime de acumulação capitalista, na definição de Harvey, um “regime de acumulação flexível”:

Aceito amplamente a visão de que o longo período de expansão de pós-guerra, que se estendeu de 1945 a 1973, teve como base de um conjunto de práticas de controle do trabalho, tecnologias, hábitos de consumo e configurações de poder político-econômico, e de que esse conjunto pode com razão ser chamado de fordista-keynesiano. O colapso desse sistema a partir de 1973 iniciou um período de rápida mudança, fluidez e de incerteza. [...]. Mas os contrastes entre as práticas político-econômicas da atualidade e as do período de expansão do pós-guerra são suficientemente significativos para tornar a hipótese de uma passagem do fordismo para o que poderia ser chamado de regime de acumulação ‘flexível’ uma reveladora maneira de caracterizar a história recente [...] (HARVEY, 1993, p. 119).

A complexidade das transformações que ocorreram no modo de produção capitalista a partir das últimas décadas do século XX, e que resultaram num “regime de acumulação flexível”, dificilmente pode se aprender em sua totalidade, senão através da indicação de alguns de seus “traços principais”. Aceitando a indicação de Harvey, segundo a qual o

capitalismo enfrenta historicamente dois problemas principais, o primeiro vinculado à disciplina dos trabalhadores e o segundo à regulação econômica e social de modo a favorecer a dinâmica de reprodução do capital, pode-se dizer que o regime de acumulação que começou a ser construído a partir das últimas décadas do século XX tem dois “eixos” principais. O primeiro está diretamente vinculado ao modo como produção, trabalho, comércio, investimentos, consumo passaram a ser organizados a partir das necessidades da reprodução ampliada do capital. O segundo está diretamente vinculado ao modo como o Estado capitalista atua visando criar as condições de produção/reprodução do capital e do trabalho.

Visando aumentar a produtividade do capital e do trabalho, intensificar a lógica de produção de um excedente econômico (mais-valia) nas relações capital e trabalho, mundializar a produção, a comercialização e os mercados, encontrar espaços de maior, mais rápida e mais flexível valorização dos investimentos, governos e representantes sociais e políticos dos interesses do capital, em escala mundial, impulsionaram um profundo processo de reestruturação nos modos de produzir, trabalhar, comercializar, organizar os diferentes setores econômicos, consumir.

Sob o ponto de vista da *organização do trabalho e da produção*, a partir das últimas décadas do século XX o “modelo fordista” cedeu cada vez maior espaço para “novos modelos de gestão”, com destaque para um “modelo japonês” que resultou de experiências (principalmente) da indústria automobilística japonesa desde a década de 1940 e se mostrou (ao longo das décadas de 1950 e 1960) muito funcional aos objetivos de disciplinar os trabalhadores, quebrando as resistências então oferecidas por esses ao modelo fordista, aumentar a produtividade do trabalho e do capital, ampliar a produção da mais-valia na relação direta entre capital e trabalho.

O modelo japonês, evidentemente, não pode ser entendido apenas como um conjunto de técnicas de gestão do trabalho e da produção. Mais do que isso, compreende uma estratégia adotada inicialmente pelas empresas automobilísticas japonesas visando resolver problemas vinculados tanto ao controle dos trabalhadores quanto ao aumento da produtividade do capital. Nesse sentido, torna-se importante entender o modelo japonês como respostas a cinco grandes questões vinculadas à organização do processo de trabalho e da produção: 1. A relação capital-trabalho; 2. Organização do processo de trabalho; 3. Gestão de fluxos de materiais e informações; 4. Relações interempresariais; 5. Modo de regulação (XAVIER SOBRINHO, 1997, p. 156-161).

Sob o ponto de vista da relação capital-trabalho, o modelo japonês se caracteriza por um esforço no sentido de cooptar os trabalhadores, estabelecendo estratégias de envolvimento dos trabalhadores no processo produtivo, estimulando o desenvolvimento de um “trabalhador subjetivamente engajado à empresa, com sentimento de identificação, compromisso e pertencimento a ela”, oferecendo concessões e benefícios materiais/simbólicos aos trabalhadores, investindo na “qualificação” dos trabalhadores numa perspectiva de desenvolvimento de um trabalhador “polivalente”, criando espaços de “participação” dos trabalhadores no processo produtivo (através, por exemplo, dos Círculos de Controle de Qualidade, que permitem aos trabalhadores, de acordo com o comando da gerência, discutir questões relacionadas à produção e oferecer alternativas aos problemas percebidos e encontrados) (IDEM, *Ibid.*, p. 157). É simbólico que, na experiência concreta da Toyota, onde o modelo japonês foi inicialmente gestado, tenha sido criado um “sindicato de empresa”, em substituição do sindicato que representa categorias de trabalhadores; um tipo de sindicato que se orienta a partir das necessidades, especificidades, interesses dos próprios investimentos de capital objetivados na empresa (no local onde se realiza a produção) (ANTUNES, 1999).

No que diz respeito à organização do processo de trabalho, o modelo japonês se caracteriza pela intensificação no uso da força-de-trabalho, aumentando a unidade de trabalho dos trabalhadores, alternando os trabalhadores em diferentes atividades, criando equipes de trabalho, onde as responsabilidades são ampliadas para todos os trabalhadores, atribuindo novas tarefas aos trabalhadores, no modelo taylorista destinadas a trabalhadores específicos (como, por exemplo, o controle da qualidade que, no modelo japonês, passa a ser, também, responsabilidades de trabalhadores de execução) (XAVIER SOBRINHO, 1997, p. 158). Como afirma Ricardo Antunes:

[...]. Utiliza-se de novas técnicas de gestão da força de trabalho, do trabalho em equipe, das “células de produção”, dos “times de trabalho”, dos grupos “semi-autônomos”, além de requerer, ao menos no plano discursivo, o “envolvimento participativo” dos trabalhadores, em verdade uma participação manipuladora e que preserva, na essência, as condições de trabalho alienado e estranhado. O “trabalho polivalente”, “multifuncional”, “qualificado”, combinado com uma estrutura mais horizontalizada e integrada entre diversas empresas, inclusive nas empresas terceirizadas, tem como finalidade a redução do tempo do trabalho (ANTUNES, 1999, p. 52).

Sob o ponto de vista da gestão de fluxos de materiais e informação, o modelo japonês é conhecido a partir de um conjunto de “conceitos” que expressam novas formas de gestão da produção, tais como os conceitos de *just-in-time* (que expressa um conjunto de estratégias de redução de estoques), de *kanban* (sistema de informação que permite à gerência ampliar o

controle sobre todo o processo), de *kaisen* (cultura de aprimoramento constante, no plano discursivo expresso como busca por maior qualidade dos produtos e serviços), de muda (que expressa o interesse de diminuir tudo que pode representar “desperdício” sob a lógica de valorização do capital) (XAVIER SOBRINHO, 1997, p. 158). Nessa direção, uma definição importante do modelo japonês é oferecida por Thomas Gounet, para o qual esse modelo de gestão pode ser resumido como um “modelo dos cinco zeros”: zero atraso, com a demanda puxando a produção; zero estoques, com a diminuição de estoques intermediários e finais; zero defeitos, com uma preocupação de maior controle da qualidade da produção ao longo do processo produtivo; zero panes, com a busca de condições técnicas mais favoráveis à produção; zero papéis, com a diminuição do processo burocrático implicado na produção (GOUNET, 1999, p. 29). Aos quais poderia ser acrescentado um sexto zero, a saber, “zero trabalhadores”, como uma estratégia de produzir mais com um mínimo de trabalhadores.

Sob o ponto de vista das relações interempresariais, o modelo japonês compreende “o fenômeno da focalização, com cada empresa concentrando-se na sua ‘vocação’ principal [...] e terceirizando as etapas acessórias” (XAVIER SOBRINHO, 1997, p. 158), além de uma estrutura de relações que se expressa na afirmação de redes de empresas “na qual grandes empresas nucleiam redes de pequenas empresas a elas ‘dedicadas’” (IDEM, *Ibid.*, p. 158). Note-se que é a partir desse modelo de organização interempresarial que parte do processo produtivo é deslocado para diferentes locais, num processo que está na base da fragmentação do coletivo de trabalhadores que atuam num mesmo processo produtivo, mas, também, de uma intensa precarização que atinge principalmente os trabalhadores que atuam nas empresas vinculadas às empresas maiores (GOUNET, 1999).

Por fim, não menos importante é que o modelo japonês também implica num novo “modo de regulação” que, no caso concreto da experiência japonesa, compreende uma “vinculação ‘quase simbólica’ entre o Estado e os grandes grupos empresariais” (XAVIER SOBRINHO, 1997, p. 158), atuando o Estado na produção e reprodução das condições institucionais para que o modelo de gestão possa ser exitoso, desde a concessão de subsídios, renúncias fiscais, investimentos em infraestrutura, investimentos em pesquisa e desenvolvimento tecnológico, flexibilidade nas condições institucionais que regulamentam as relações capital-trabalho (garantia de diferentes formas de contratação, de diferentes formas de tratamento legal ao trabalho, de modo a garantir o just-in-time, mas, também, condições diferenciadas, desiguais entre trabalhadores que atuam nas empresas maiores e a empresas terceirizadas).

Como destaca Ricardo Antunes, avaliando as repercussões do modelo japonês na medida em que se torna referência para dinâmicas de reestruturação produtiva em diferentes partes do planeta:

Algumas das repercussões dessas mutações no processo produtivo têm resultados imediatos no mundo do trabalho: desregulamentação enorme dos direitos do trabalho, que são eliminados cotidianamente em quase todas as partes do mundo onde há produção industrial e de serviços; aumento da fragmentação no interior da classe trabalhadora; precarização e terceirização da força humana que trabalha; destruição do sindicalismo de classe e sua conversão num sindicalismo dócil, de parceria [...], ou mesmo em um “sindicalismo de empresa” [...] (ANTUNES, 1999, p. 53).

Evidentemente, essas condições implicadas na afirmação do modelo japonês não se concretizariam sem que o Estado capitalista eliminasse as barreiras existentes e criasse as condições institucionais necessárias. Nesse sentido, pode-se afirmar que o modelo japonês já antecipou o que mais tarde (em especial, a partir do final da década de 1990), num contexto de afirmação do processo de reestruturação do capitalismo em nível mundial, o chamado “Estado neoliberal” consolidou enquanto orientação das práticas governamentais.

O modelo japonês é uma referência importante, portanto, para a compreensão do processo de “reestruturação econômica” do modo de produção capitalista, ocorrido a partir das últimas décadas do século XX. Mas, é claro, não é suficiente, pois tal “reestruturação” implicou, também, questões relacionadas a novas estratégias de encurtamento do ciclo de realização dos investimentos capitalistas, novas formas culturais de consumo, uma nova espacialização dos investimentos do capital, expressa através de uma crescente mundialização da produção e da comercialização de produtos e serviços, a crescente financeirização das economias capitalistas.

Em relação às novas estratégias de encurtamento do ciclo de realização dos investimentos capitalistas, cabe a referência de Ricardo Antunes quando, em sua análise sobre os limites do modelo japonês, crítica o que chama de “falácia da ‘qualidade total’ sob a vigência da taxa de utilização decrescente do valor de uso das mercadorias” (ANTUNES, 1999, p. 50). Em sua análise, Antunes aborda uma característica fundamental do modo como a produção capitalista passou a ser pensada e efetivada a partir da segunda metade do século XX: num contexto histórico em que a “reposição do processo de valorização do capital” precisa ser acelerado, o valor de uso das mercadorias precisa, necessariamente, ser modificado; e ser modificado de modo que os produtos tenham menor tempo de duração (IDEM, *Ibid.*, p. 50). Em função disso, o que se observou cada vez mais, como característica da produção capitalista, é (ainda que escondida pelo discurso da “qualidade total”) “o *invólucro*, a *aparência* ou o

aprimoramento do *superfluo*, uma vez que os produtos devem durar pouco e ter uma reposição ágil no mercado” (IDEM, *Ibid.*, p. 50. Grifos no original). Uma característica que passou a fazer parte do cotidiano dos seres humanos nas sociedades contemporâneas, já que dificilmente alguém pode escapar dessa lógica que resulta num consumo do que é, originalmente, produzido para impulsionar o aumento de um consumo do *superfluo*, do descartável.

Ricardo Antunes oferece três exemplos ilustrativos dessa lógica de produção do descartável. O primeiro está vinculado à produção de alimentos, na era do “fast foods” (“comida rápida”), em que se despejam “toneladas de descartáveis no lixo, após um lanche produzido sob o ritmo seriado e fordizado” (IDEM, *Ibid.*, p. 51). O segundo vincula-se à produção de automóveis, cujo tempo médio de vida útil estimada reduziu significativamente a partir das últimas décadas do século XX. O terceiro remete à produção da indústria de computadores, onde se observa que “um sistema de softwares torna-se obsoleto e desatualizado em tempo bastante reduzido, levando o consumidor à sua substituição, pois os novos sistemas não são compatíveis com os anteriores” (ANTUNES, 1999, p. 51. Grifos no original).

Nesse contexto histórico caracterizado por novas formas de organização da produção e do trabalho, por novas lógicas de produção e de organização das práticas de consumo, destaque-se, também, que o capital se mundializou. Enormemente favorecido pelo desenvolvimento técnico-científico (nos transportes e, especialmente, nas comunicações, através do desenvolvimento das chamadas “novas tecnologias de informação”) e pela crise do “socialismo real”, que representou a crise da polaridade que caracterizou boa parte do século XX (entre “bloco capitalista” e “bloco socialista”), principalmente a partir das duas últimas décadas do século XX o capital passou a ter um conduta mundializada, num processo muito bem descrito por François Chesnais, quando explica o que muitas vezes se apresenta como “globalização” a partir da designação “mundialização do capital”:

A expressão “mundialização do capital” é a que corresponde mais exatamente à substância do termo inglês “globalização”, que traduz a capacidade estratégica de todo grande grupo oligopolista, voltado para a produção manufatureira ou para as principais atividades de serviços, de adotar, por conta própria, um enfoque e conduta “globais”. O mesmo vale, na esfera financeira, para as chamadas operações de arbitragem. A integração internacional dos mercados financeiros resulta, sim, da liberalização e desregulamentação que levaram à abertura dos mercados nacionais e permitiram sua interligação em tempo real. Mas baseia-se, sobretudo, em operações de arbitragem feitas pelos mais importantes e mais internacionalizados gestores de carteiras de ativos, cujo resultado decide a integração ou exclusão em relação às “benesses das finanças de mercado”. Como veio lembrar a crise mexicana de 1994-1995, basta pouca coisa para que um lugar financeiramente “atraente” deixe de sê-lo em questão de dias e, de certa forma, fuja da órbita da mundialização financeira (CHESNAIS, 1996, p. 17).

Esse processo de mundialização do capital expressa o resultado de um conjunto de transformações históricas que garantiram ao capital, portanto, um grau de liberdade nunca antes tido para explorar, em diferentes partes do Planeta, melhores e maiores condições para sua reprodução ampliada. Certamente um fenômeno histórico que não é novo, pois o capitalismo tem uma natureza expansionista desde sua origem, mas que ganhou contornos históricos diferenciados, face às condições técnico-científicas e políticas existentes a partir da segunda metade do século XX. A partir de então, todos os lugares do Planeta tornaram-se objetos do processo de mundialização do capital, confirmando-se uma tese (com caráter profético) anunciada ainda no século XIX por Karl Marx e Friedrich Engels:

A burguesia não pode existir sem revolucionar continuamente os instrumentos de produção e, por conseguinte, as relações de produção, portanto todo o conjunto das relações sociais. A conservação inalterada do antigo modo de produção era, ao contrário, a primeira condição de existência de todas as classes industriais anteriores. O contínuo revolucionamento da produção, o abalo constante de todas as condições sociais, a incerteza e a agitação eternas distinguem a época burguesa de todas as precedentes. Todas as relações fixas e cristalizadas, com seu séquito de crenças e opiniões tornadas veneráveis pelo tempo, são dissolvidas, e as novas envelhecem antes mesmo de se consolidarem. Tudo o que é sólido e estável se volatiliza, tudo o que é sagrado é profanado, e os homens são facilmente obrigados a encarar com sobriedade e sem ilusões sua posição na vida, suas relações recíprocas (MARX; ENGELS, 1989, p. 69).

A mundialização do capital não implicou nem a destruição do Estado-nação, nem a relativização dos espaços locais e regionais. Pelo contrário, no contexto histórico de mundialização do capital os Estados nacionais ganharam novas e importantes funcionalidades, assim como os espaços locais e regionais ganharam novos lugares na atenção do fluxo dos capitais.

Em relação aos Estados nacionais, as teses que indicaram “o fim do Estado-nação”, seja em virtude da capacidade do capital de impor sua lógica mundial de valorização ampliada diante de qualquer política nacional de desenvolvimento, seja pela vinculação da globalização com a formação de uma “aldeia global”, não passaram de especulações que não se confirmaram com o decorrer da história. O Estado capitalista, a partir da segunda metade do século XX, ganhou ainda mais importância na lógica de reprodução ampliada do capital, tanto na criação das condições necessárias para o próprio processo de mundialização do capital, quanto na afirmação dos mecanismos de controle e de dominação, necessários à disciplina social dos trabalhadores. Como afirma Rapoport, analisando criticamente as teses que afirmam o “debilitamento” dos Estados nacionais:

Na realidade, o peso ainda vigente dos Estados nacionais, particularmente o das grandes potências, faz-se mais visível no plano político, estratégico e militar, como mostram a Guerra do Golfo e o processo posterior de negociações e conflitos entre os países líderes em relação a diversos pontos “quentes” da agenda internacional (o caso da ex-Iugoslávia, Somália, Cuba, Irã e Líbia, etc.), assim como as discrepâncias a respeito do controle e desenvolvimento de armas nucleares dentro do ainda vigente monopólio atômico. Tudo isso tem-se refletido na visível “crise” dos organismos internacionais, como as Nações Unidas, cuja influência como ente supra-estatal parecia afirmar-se progressivamente ao final dos anos 80 e início dos 90. O processo atual não marca, assim, o fim do sistema interestatal, pois intensifica-se o papel dos Estados, considerando várias grandes potências no cenário internacional. Ao mesmo tempo, ainda que visivelmente haja uma considerável diminuição da presença e poder de decisão do Estado no que concerne aos países periféricos, muitos dos quais lograram desempenhar no passado um papel significativo por meio do movimento de países “não-alinhados”: sua maior dependência dos mercados mundiais e as políticas de ajuste estrutural reduziram neles a capacidade de forças locais de utilizar o aparato do Estado na busca de maior poder interno e autonomia internacional (RAPOPORT, 1997, p. 168).

Mesmo em relação aos Estados nacionais “periféricos”, é importante destacar que a reestruturação do capitalismo em diferentes formações sociais, em especial a partir dos anos 1980/1990, não seria possível sem um Estado forte, capaz de dar garantias institucionais ao capital em processo de mundialização, mas, também, de controlar os ímpetus democratizantes e, não raras vezes, contrários à lógica mundializada do capital. Não é apenas simbólico, como será indicado posteriormente nesta tese, quando da análise da reestruturação do capitalismo no Brasil, que o capital passou a colocar as “garantias jurídicas” como uma questão fundamental nos programas de reajuste neoliberal que, a partir daquelas décadas, orientaram as “reformas estruturantes” realizadas por governos nacionais (em todo o planeta).

A mundialização do capital não implica, também, “o decréscimo da significação do espaço”, seja esse espaço local, regional ou, mesmo, nacional. Como explica David Harvey:

[...]. O aumento da competição em condições de crise coagiu os capitalistas a darem muito mais atenção às vantagens localizacionais relativas, precisamente porque a diminuição de barreiras espaciais dá aos capitalistas o poder de explorar, com bom proveito, minúsculas diferenciações espaciais. Pequenas diferenças naquilo que o espaço contém em termos de oferta de trabalho, recursos, infraestrutura etc. assumem crescente importância. O domínio superior do espaço é uma arma ainda mais poderosa na luta de classes; ele se torna um dos meios de aplicação da aceleração e da redefinição de habilidades a forças de trabalho recalcitrantes. A mobilidade geográfica e a descentralização são usadas contra um poder sindical que se concentrava tradicionalmente nas fábricas de produção em massa. A fuga de capitais, a desindustrialização de algumas regiões e a industrialização de outras e a destruição de comunidades operárias tradicionais como bases de poder na luta de classes se tornam o pivô na transformação espacial sob condições de acumulação mais flexíveis [...] (HARVEY, 1993, p. 265).

Não somente por causa da lógica expansionista do capital os espaços locais e regionais ganham maior importância, mas, também, como também analisa Harvey, por que as próprias forças sociais e políticas local e regionalmente localizadas muitas vezes têm o interesse de “preparar” os seus espaços de influência para que se tornem mais competitivos para o capital mundializado. Parece ilustrativo, apenas para citar um exemplo, a “guerra fiscal” que, a partir dos anos 1990, os governos subnacionais no Brasil estabelecem visando atrair para seus territórios investimentos do capital, em especial de grandes empresas que atuam mundialmente (o caso mais emblemático no País, certamente, foi da indústria automobilística, ainda durante a década de 1990) (AFONSO, 1999).

Uma análise do processo de reestruturação capitalista ocorrida a partir das últimas décadas do século XX não se completa sem que se dê atenção a uma característica fundamental desse processo: a *financeirização da economia*. E, sobre esse fenômeno histórico, evidentemente, não há condições, dentro dos limites desta tese, de uma abordagem também capaz de dar conta de sua complexidade e amplitude. De qualquer forma, cabe registrar, mesmo que sumariamente, a análise que François Chesnais, ainda durante a década de 1990, realizou sobre o processo histórico de afirmação da tendência de valorização do capital predominantemente na esfera financeira.

Segundo Chesnais, o processo de financeirização da economia capitalista teve impulso ainda durante a década de 1960, quando, diante das dificuldades de valorização na esfera produtiva (crise de superprodução), os investimentos do capital passaram a buscar valorização financeira. Tinha início lá um processo histórico que compreendeu a relativização de mecanismos institucionais que regulamentaram os investimentos do capital a partir da Segunda Guerra Mundial, o desenvolvimento de uma “economia do endividamento”, decorrente do crescente financiamento das dívidas públicas (começando pelos governos norte-americanos e se estendendo, mais tarde, para os países europeus), mas, também, da disponibilização de créditos para países periféricos, cujos governos aproveitaram o fluxo de capital financeiro para financiar seus projetos de desenvolvimento (o que, mais tarde, na década de 1980, colocaria a maioria desses países, dentre os quais o Brasil, diante de uma crise de endividamento, agravando ainda mais a situação de dependência em relação ao capital financeiro internacional) (CHESNAIS, 1996; 1997).

O padrão de desenvolvimento predominantemente financeirizado teve continuidade durante a década de 1980, quando políticas de liberalização e de desregulamentação do sistema financeiro foram executadas pelos governos que adotaram orientações neoliberais, começando

pelos governos de Ronald Reagan (nos Estados Unidos) e de Margareth Thatcher (na Inglaterra):

As medidas decididas, conjuntamente, pelos governos americano e britânico deram à luz o sistema contemporâneo de finanças, liberalizadas e mundializadas. Neste sistema, as instituições dominantes não são mais os bancos, e sim os mercados financeiros e as organizações financeiras que nelas atuam. Pelo contrário, os bancos passaram a sofrer, na esfera financeira, a concorrência dessas formas recentes de centralização e concentração capitalistas – os fundos de pensão e os fundos mútuos [...]. As medidas tomadas a partir de 1979 acabaram com o controle dos movimentos de capitais em relação ao exterior (entradas e saídas), ou seja, liberalizaram, melhor dizendo, escancararam os sistemas financeiros nacionais. Essas medidas também abrangeram as primeiras fases de um vasto movimento [...] de desregulamentação monetária e financeira, cuja primeira consequência foi acarretar, desde o começo da década de 1980, a rápida expansão dos mercados de obrigações, interconectados internacionalmente (CHESNAIS, 1996, p. 258).

Na leitura de Chesnais, um salto decisivo para a subordinação da dinâmica de desenvolvimento capitalista ao capital financeiro ocorreu no final da década de 1980, quando o governo norte-americano, com o objetivo de financiar seu déficit público e garantir a drenagem para o mercado financeiro norte-americano da liquidez mundial, instaurou um regime de taxas de juros reais positivas, dando início a uma era de “mercadorização dos financiamentos” (IDEM, *Ibid.*, p. 260). Foi a consolidação de um caminho de liberdade cada vez maior para o capital financeiro que, durante a década de 1990, colocaria um número cada vez maior de governos nacionais numa condição de dependência e de subordinação ao capital financeiro internacional.

[...]. Todo Estado que não esteja disposto a abrir um confronto direto com os ninhos de capital monetário concentrado em seu país (bancos, grandes companhias de seguros) é obrigado a acompanhar, ou até a antecipar-se aos demais. Com efeito, a manutenção de controles e restrições maiores do que se pratica em outras praças financeiras só pode dar em desviar os operadores, e seus fundos, para as praças onde reina a “liberdade de empreendimento” em matéria financeira. A busca de lucros financeiros ditará então o caminho a seguir, quaisquer que sejam as consequências econômicas e sociais últimas (IDEM, *Ibid.*, p. 260-61).

Foi a partir da década de 1980, também, que se afirmaram três elementos constitutivos do que ele denomina “mundialização financeira”: 1. A “desregulamentação ou liberalização monetária”, que resultou na quase perda de controle pelos bancos centrais sobre o nível das taxas de juros e no controle dos serviços financeiros nos territórios nacionais (IDEM, *Ibid.*, p. 261-62); 2. A “desintermediação”, que permitiu que os usuários do sistema financeiro passassem a buscar formas mais vantajosas de operar no mercado financeiro, como, por exemplo, a busca de investimentos com taxas de juros mais atraentes e a curto prazo (IDEM, *Ibid.*, p. 262-63); 3. A “abertura dos mercados nacionais”, cuja consequência principal foi a

tendência de afirmação de políticas macroeconômicas que buscam, entre suas principais prioridades, tornar os mercados financeiros nacionais atrativos ao capital financeiro mundial (CHESNAIS, 1996, p. 264-65).

Assim, já durante a década de 1990 o capital financeiro mundial não somente tinha adquirido um poder suficiente para subordinar as políticas governamentais em diferentes partes do Planeta, mas, também, de quebrar economias nacionais (aqui os exemplos são fartos, desde a crise mexicana, na primeira metade da década de 1990, passando pela crise brasileira, argentina, russa, o caso mais recente da Grécia; mas, certamente, como caso mais emblemático, por sua intensidade e amplitude, a crise imobiliária de 2008, que iniciou nos Estados Unidos e se expandiu para todo o planeta).

Um processo histórico de subordinação da economia a um capital financeiro que alcançou níveis de liberdade cada vez maiores, atuando, sem freios e em função, fundamentalmente, de sua valorização. E que a partir dos anos 2000 continuou sua busca por formas mais vantajosas para sua valorização, chegando aos limites que a chamada “crise financeira de 2008” demonstrou, ao atingir a principal economia capitalista do planeta, a economia norte-americana, com consequências econômicas e sociais desastrosas que atingiram não somente as classes trabalhadoras nos países capitalistas centrais, mas de todo o planeta.

Pela importância, mas, também, pela complexidade, da crise financeira de 2008, cabe o registro de uma análise sintética do que ocorreu durante a década de 2000 e que desembocou, em 2008, naquela que expressa, sem dúvida, o auge das crises provocadas pelo predomínio (e lógica de reprodução) do capital financeiro nessa fase mais recente da dinâmica histórica do modo de produção capitalista, iniciada durante as décadas de 1960/1970:

A crise financeira atual é o resultado do estouro da bolha imobiliária que perdurou desde 2001 nos Estados Unidos e em outros países. Durante seis anos, o valor dos imóveis não cessou de aumentar. Quando a demanda por imóveis da classe média começou a se esgotar, bancos de investimento resolveram recorrer a classes de menor poder aquisitivo, inventando as hipotecas subprime. Para convencer essa clientela pobre, os contratos subprime não cobravam juros sobre o valor emprestado durante o período inicial de vigência do contrato. Após alguns anos, juros passaram a ser cobrados e juros altos para compensar o não pagamento deles no período anterior. O esquema funcionou enquanto a bolha seguia adiante. Se os devedores se declaravam incapazes de pagar os juros, o banco lhes chamava a atenção de que os imóveis que haviam adquirido estavam valendo bem mais do que por ocasião da compra. Logo, eles podiam obter novo empréstimo hipotecário sobre o acréscimo de valor de sua habitação. Assim, enquanto os imóveis se valorizavam, os beneficiários das hipotecas subprime conseguiam manter-se adimplentes à custa de novos endividamentos.

A situação começou a mudar a partir de 2007, quando o grande volume de imóveis posto à venda deixou de encontrar compradores. Isso tinha que acabar acontecendo, pois a demanda por moradias não é infinitamente elástica. O descolamento entre o volume de imóveis à venda estimulado pela sua valorização contínua e a demanda por

eles teria de desaparecer tão logo os seus preços passassem a cair. Os devedores hipotecários, sobretudo os mais pobres, descobriram, para o seu horror, que a dívida que haviam assumido era maior do que o valor de seu imóvel, que servia de garantia de que a dívida seria paga pontualmente. Os devedores tentaram sair da enrascada vendendo seus imóveis, mas, como seria de esperar, não encontravam compradores, pois a bolha estourara e a avaliação dos imóveis refletia o novo equilíbrio entre o excesso de oferta e a contração da demanda. O desenrolar da crise de 2008 está dentro do padrão das crises que a antecederam. A novidade está em sua extensão. Os maiores bancos do mundo, não só dos Estados Unidos, mas também da Europa e da Ásia, se envolveram até o pescoço na bolha imobiliária, o que lhes permitiu lucros excelentes. Quando os empréstimos hipotecários – particularmente os subprime – começaram a deixar de ser pagos, esses bancos verificaram que estavam falidos. A dimensão da hecatombe bancária é que era inédita, atingindo a maior parte dos sistemas financeiros do Primeiro Mundo, que depois da bancarrota dos Lehman Brothers, em setembro de 2008, simplesmente parou. Graças à desregulação financeira e à globalização, a economia mundial foi severamente atingida. De acordo com a teoria econômica que sustenta o neoliberalismo, crises como essa não acontecem porque os especuladores são racionais e dispõem de todas as informações necessárias para agir racionalmente. De acordo com essa teoria, mercados livres de intervenção governamental tendem ao equilíbrio entre oferta e demanda. Durante seis anos, a persistência da bolha parecia comprovar essas teses. Subitamente, a realidade de que em mercados competitivos o e o rebanho de operadores pode mudar de direção quando o otimismo das apostas deixa de ser confirmado se revelou completamente. As finanças se encontravam em crise quase sem exceções e a paralisação das operações de crédito atingiu em cheio a economia real, que não tardou a entrar em pane também (SINGER, 2010, p. 67-8).

As consequências da crise financeira de 2008, decorrente do longo processo histórico que resultou num crescente poder do capital financeiro para atuar, sem rodeios e sem escrúpulos, como “capital vampiro”, foram desastrosas para as economias nacionais, atingindo principalmente as classes trabalhadoras. Nos Estados Unidos, por exemplo, no período entre 1998 e 2006, em especial os afro-americanos vivenciaram crescentes dificuldades com o financiamento de suas habitações e, naquele período, “estima-se que perderam entre 71 e 93 bilhões de dólares em ativos ao se envolver com empréstimos conhecidos como *subprime*” (HARVEY, 2011, p. 9. Grifo no original). Naquele mesmo país, até o final de 2007 “quase 2 milhões de pessoas perderam suas casas e outros 4 milhões corriam o risco de ser despejados. Os valores das casas despencaram em quase todos os EUA e muitas famílias acabaram devendo mais por suas casas do que o próprio valor do imóvel” (IDEM, *Ibid.*, p. 9). No fim do ano de 2008, “todos os segmentos da economia dos EUA estavam com problemas profundos”: confiança do consumidor em baixa, a indústria da construção civil estagnou, a demanda efetiva implodiu, o desemprego aumentou, mesmo “ícones da indústria” norte-americana, como a General Motors, “chegaram perto da falência, e um socorro temporário das montadoras de Detroit teve de ser organizado” (HARVEY, 2011, p. 13). Além disso:

[...]. O comércio global internacional caiu em um terço em poucos meses, criando tensões nas economias majoritariamente exportadoras, como a da Alemanha e a do Brasil. Produtores de matérias-primas, que andavam em alta no verão de 2008, de

repente depararam com uma queda de preços que trouxe sérias dificuldades para países produtores [...]. O desemprego começou a aumentar a uma taxa alarmante. Cerca de 20 milhões de pessoas perderam subitamente seus empregos na China [...]. Nos Estados Unidos, o número de desempregados aumentou em mais de 5 milhões em poucos meses [...]. Na Espanha, a taxa de desemprego saltou para mais de 17%.

Na primavera de 2009, o Fundo Monetário Internacional estimava que mais de 50 trilhões de dólares em valores de ativos (quase o mesmo valor da produção total de um ano de bens e serviços no mundo) haviam sido destruídos. A Federal Reserve estimou em 11 trilhões de dólares a perda de valores de ativos das famílias dos EUA apenas em 2008 [...] (IDEM, *Ibid.*, p. 13).

Esses são apenas alguns registros das consequências desastrosas de um “regime de acumulação predominantemente financeiro”, que se tornou hegemônico na condução da dinâmica histórica do modo de produção capitalista a partir da segunda metade do século XX. Nesse momento da análise, de qualquer forma, é importante destacar que não somente o processo de financeirização da economia, mas, também, a mundialização do capital, os novos (e mais “flexíveis”) padrões de organização do processo produtivo e do trabalho, de produção, de consumo, de utilização da força-de-trabalho, tiveram impulso a partir do final dos anos 1970 graças ao novo arcabouço político e ideológico que, legitimado pelo capital e incorporado pelas políticas governamentais na maioria dos países do planeta, promoveu mudanças significativas no espaço de atuação do Estado capitalista. Como enfatiza François Chesnais, fazendo referência à mundialização do capital, ela somente foi possível em virtude das “políticas de liberalização, de privatização, de desregulamentação e de desmantelamento de conquistas sociais e democráticas, que foram aplicadas desde o início da década de 1980 (CHESNAIS, 1996, p. 34).

A perda, para a esmagadora maioria dos países capitalistas, de boa parte de sua capacidade de conduzir um desenvolvimento parcialmente autocentrado e independente; o desaparecimento de certa especificidade dos mercados nacionais e a destruição, para muitos Estados, da possibilidade de levar adiante políticas próprias, não são consequências mecânicas da globalização, intervindo como processo “externo”, sempre mais coercitivo, impondo a cada país, a seus partidos e a seus governos uma determinada linha de conduta. Sem a intervenção política ativa dos governos Thatcher e Reagan, e também do conjunto dos governos que aceitaram não resistir a eles, e sem a implementação de políticas de desregulamentação, de privatização e de liberalização do comércio, o capital financeiro internacional e os grandes grupos multinacionais não teriam podido destruir tão depressa e tão radicalmente os entraves e freios à liberdade deles de se expandirem à vontade e de explorarem os recursos econômicos, humanos e naturais, onde lhes for conveniente (CHESNAIS, 1996, p. 34).

Eis, portanto, o segundo eixo fundamental do processo de reestruturação do modo de produção capitalista ocorrido a partir das últimas décadas do século XX: as “reformas

estruturais”, de orientação neoliberal, realizadas na economia e no padrão de atuação do Estado capitalista a partir da orientação neoliberal.

O neoliberalismo, no plano teórico, pode ser definido como uma concepção política e ideológica “ultra-apologética do mercado” (FEIJÓO, 1995), que se desenvolveu a partir da segunda metade do século XX como uma “reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar” (ANDERSON, 1995, p. 9). A partir do final da década de 1970, porém, mais especificamente nos governos de Margareth Thatcher e de Ronald Reagan, o neoliberalismo ganhou crescente prestígio entre as principais lideranças governamentais dos principais países capitalistas centrais, dando início a uma “época de hegemonia neoliberal”. Aquelas primeiras experiências de governos orientados pelo ideário neoliberal contribuíram, nesse sentido, para romper com o consenso keynesiano e para afirmar reformas no Estado capitalista que, a partir de então, passaram a ser adotadas em diferentes partes do planeta.

O que demonstravam estas experiências era a hegemonia alcançada pelo neoliberalismo como ideologia. No início, somente governos explicitamente de direita radical se atreveram a pôr em prática políticas neoliberais; depois, qualquer governo, inclusive os que se autoproclamavam e se acreditavam de esquerda, podia rivalizar com eles em zelo neoliberal. O neoliberalismo havia começado tomando a socialdemocracia como sua inimiga central, em países de capitalismo avançado, provocando uma hostilidade recíproca por parte da socialdemocracia. Depois, os governos socialdemocratas se mostraram os mais resolutos em aplicar as políticas neoliberais [...] (IDEM, *Ibid.*, p. 14).

Durante a década de 1980, o neoliberalismo continuou tendo expressão na orientação de políticas governamentais e, ao final daquela década, ganhou um alento maior: a crise do “socialismo real” no Leste Europeu e na Ásia, que foi “capitalizada” pelos “arautos do neoliberalismo” como símbolo do triunfo histórico do capitalismo. Naquele contexto, diferentes organismos internacionais e vinculados aos países capitalistas centrais (fundamentalmente, o FMI – Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial) orientaram-se no neoliberalismo não somente para construir “receituários” explicativos da crise e de encaminhamento de soluções à crise, mas, também, passaram a impor aos governos nacionais, em todo o planeta, as receitas elaboradas, como condição de renegociação de dívidas externas e/ou para o recebimento de empréstimos internacionais.

Foi naquele contexto, também, que a maioria dos países latino-americanos passou a ser pressionada pelo FMI e pelo Banco Mundial, para que adotassem as orientações neoliberais. Nesse sentido, essas instituições representativas dos interesses do capital em esfera global cumpriram uma “função disciplinadora”, pois se utilizaram da condição histórica de crise

econômica (no caso latino-americano, marcada pela forte recessão econômica, pelo agravamento das contradições sociais, pelo crescente endividamento estatal) para impor seus receituários (BORÓN, 1995).

No início da década de 1990, ao conjunto de propostas defendidas pelo FMI e pelo Banco Mundial ganhou a denominação de “Consenso de Washington”, termo que foi utilizado para listar dez tipos de políticas e reformas econômicas que aqueles organismos, desde os anos 1980, defendiam. O Consenso de Washington propunha: disciplina fiscal, reordenamento das prioridades dos gastos públicos, reforma tributária, liberalização do setor financeiro, manutenção das taxas de câmbio competitivas, liberalização comercial, políticas de atração de investimentos estrangeiros, privatização de empresas estatais, desregulamentação econômica e social (afrouxamento das legislações econômica, trabalhista e previdenciária) e estabilidade jurídica (NEGRÃO, 1998, p. 43-5).

Comprometidas com a formulação de mercados econômicos abrangentes, no núcleo das reformas estruturais propostas estava a convicção de que o crescimento econômico dos países dependeria da capacidade competitiva de cada economia para situar-se num processo de "globalização econômica" sem precisar recorrer a medidas protecionistas. Eram propostas, portanto, que defendiam uma “reforma estrutural” radical, centrada na desregulamentação dos mercados, na racionalização e redução do papel do Estado na economia e na redefinição das relações entre economias nacionais e economia mundial (CADONA, 2016, p. 99).

A partir dos anos 1990, assim, ideias como desregulamentação econômica e social, abertura comercial, privatização de empresas estatais, redução da esfera de atuação do Estado, em especial no que diz respeito às formas de regulamentação social e trabalhista, liberdade de comércio, crítica aos serviços públicos (“mal administrados”, “ineficientes”, “gigantescos”, “inoperantes”), defesa intransigente da iniciativa privada e das leis de mercado, livre contratação do trabalho, equilíbrio fiscal, controle do déficit público, conquistaram cada vez maior aceitação entre as lideranças políticas e sociais que assumiram os governos na América Latina. Passou a valer na Região a constatação de Pierre Anderson, segundo o qual:

Política e ideologicamente [...] o neoliberalismo alcançou êxito num grau com o qual seus fundadores provavelmente jamais sonharam, disseminando a simples ideia de que não há alternativas para os seus princípios, que todos, seja confessando ou negando, têm de adaptar-se a suas normas. Provavelmente nenhuma sabedoria convencional conseguiu um predomínio tão abrangente desde o início do século como o neoliberal hoje. Este fenômeno chama-se hegemonia, ainda que, naturalmente, milhões de pessoas não acreditem em suas receitas e resistam a seus regimes [...] (ANDERSON, 1995, p. 23).

Uma hegemonia que, evidentemente, não foi alcançada somente junto aos governos latino-americanos, mas, também, na América do Norte, na Europa, mesmo nos países que até a década de 1980 pertenciam ao bloco socialista liderado pela URSS. As experiências de reformas neoliberais, em diferentes partes do planeta, nesse sentido, representaram o triunfo político e ideológico do ideário neoliberal (BORÓN, 1999). Um triunfo político e ideológico que, segundo Atilio Borón, se manifestou em quatro dimensões: 1) Na “avassaladora tendência à mercantilização de direitos e prerrogativas conquistadas pelas classes populares ao longo de mais de um século de luta, convertidos agora em ‘bens’ ou ‘serviços’ adquiridos no mercado (IDEM, Ibid., p. 9); 2. No “deslocamento do equilíbrio entre mercados e estado, que “satanizou” o Estado, ao mesmo tempo em que ressaltou as virtudes do mercado (IDEM, Ibid., p. 10); 3. Na “criação de um ‘senso comum’ neoliberal, de uma nova sensibilidade e de uma nova mentalidade que penetraram muito profundamente no chão das crenças populares” e que resultou num crescente conformismo (teórico e político) em torno do “pensamento único” (IDEM, Ibid., p. 10); 4. Na vitória do neoliberalismo “no terreno da cultura e da ideologia”, expressa no convencimento de “amplísimos setores das sociedades capitalistas [...] de que não existe outra alternativa (IDEM, Ibid., p. 11).

Essas são, portanto, algumas das características principais que definem o que, para fins da própria organização da análise, os dois eixos articuladores do já longo e profundo processo de reestruturação do modo de produção capitalista, iniciado a partir das últimas décadas do século XX. Um processo de reestruturação que, como assinalado, é condicionado por objetivos sistêmicos do modo de produção capitalista: criar condições favoráveis para o aumento da produtividade do capital e do trabalho, intensificar a extração de excedente econômico nas relações entre capital e trabalho, mundializar o capital, definir e redefinir o espaço de atuação do Estado capitalista, de modo que ele garanta condições mais adequadas e favoráveis à reprodução ampliada do capital.

2.2 Neoliberalismo, trabalho e organização do trabalho no Brasil a partir dos anos 1990

Cabe agora, após a análise de aspectos gerais das transformações que ocorreram no modo de produção capitalista já a partir das últimas décadas do século XX, uma reflexão sobre a dinâmica histórica do capitalismo no Brasil, em especial a partir da década de 1980, quando se observou, lado a lado, a crise do “padrão desenvolvimentista” de desenvolvimento do capitalismo no País e a crise do regime autoritário (1964 – 1985), com o conseqüente processo

de democratização. Para os fins da presente tese, essa análise torna-se importante para uma melhor compreensão do processo de reestruturação produtiva impulsionada pelas empresas que atuam no Brasil principalmente a partir dos anos 1990, num contexto de abertura da economia nacional e de crescente “inserção competitiva” da economia nacional na dinâmica de mundialização do capital, mas, também, para uma maior compreensão de como as mudanças que ocorreram no Estado brasileiro a partir dos anos 1990 condicionaram as discussões e implementações das políticas públicas, em especial aquelas diretamente vinculadas à saúde dos trabalhadores.

Como assinala Wilson Cano, a crise do modo de produção capitalista de 1929 foi um marco divisor no processo histórico de consolidação do capitalismo no Brasil, já que até então predominava um padrão agroexportador de desenvolvimento e a partir daquela década o Estado brasileiro passou a impulsionar um novo padrão de desenvolvimento capitalista no País, “o da industrialização” (CANO, 2000, p. 161).

O processo de industrialização durante o período entre 1930 e 1950, mais especificamente até o governo de Juscelino Kubitschek (1956 – 1961), ocorreu de forma “restringida”, ou seja, relativamente contido (quanto à sua capacidade de expansão) e “em parte subordinado ao antigo agroexportador” (IDEM, *Ibid.*, p. 167). Tanto as condições externas quanto as condições internas não eram favoráveis ao processo de industrialização naquele período. Sob o ponto de vista externo, os principais países capitalistas estiveram (direta ou indiretamente) envolvidos com a II Guerra Mundial, num contexto em que a própria capacidade (e interesse) de investimentos externos era limitada, sem contar que a capacidade de importação de produtos de exportação do Brasil (especialmente o café) também era limitada. Internamente, os recursos financeiros necessários para os investimentos requeridos pelo processo de industrialização eram escassos, ao que se somava o fato de que o mercado interno era restrito, com pouca capacidade de impulsionar a acumulação de capitais necessário naquele contexto (CANO, 2000, p. 167-72).

Importante destacar, no entanto, que a capacidade “restringida” do padrão capitalista de industrialização no Brasil no período entre 1930 e 1955, mais do que expressão de dificuldades enfrentadas para impulsionar o processo de industrialização, ilustra as dificuldades que o capitalismo no País enfrentou no período em “superar algumas de suas principais debilidades originárias, e libertar-se da sua dependência e subordinação no que respeita ao sistema econômico e financeiro internacional” (PRADO JR., 1972, p. 77). Em que pese a contribuição do processo de industrialização impulsionada a partir de então, a tentativa de um

“desenvolvimento ‘voltado para dentro’”, numa perspectiva de um capitalismo nacional e autônomo, esbarrou na própria necessidade de manter “a economia brasileira dentro do seu velho e aparentemente ultrapassado enquadramento colonial” (IDEM, *Ibid.*, p. 77-8), ou seja, sua dependência em relação a setores conservadores e vinculados ao capitalismo internacional através das atividades agroexportadoras.

A partir da década de 1950, uma nova fase de desenvolvimento do capitalismo industrial se iniciou, quando se investiu numa “industrialização pesada” (CANO, 2000, p. 172), através da prioridade dada ao desenvolvimento da indústria de bens de produção e, especialmente, bens de consumo duráveis. Em que pese a indústria ter apresentado crescimento significativo e sua participação ter aumentado na economia do País (entre 1956 e 1962 a indústria brasileira cresceu, em média, 10% ao ano e sua participação no Produto Interno Bruto do País passou de 20% para 26%) (IDEM, *Ibid.*, p. 176-77), não se observou um rompimento com o “enquadramento colonial” do capitalismo brasileiro.

É verdade que, durante as décadas de 1960 e 1970, dois momentos históricos importantes expressaram o interesse de uma aliança de classes, envolvendo setores da “burguesia nacional”, setores das classes médias e um frágil movimento operário (SANTOS, 1995), em tornar preponderante no País uma política econômica nacionalista, com políticas de integração econômica e social de amplos setores das classes populares e de trabalhadores. O primeiro ocorreu durante o governo de Getúlio Vargas (1951 – 1954), quando aquele governo procurou limitar a participação do capital estrangeiro no desenvolvimento industrial do País (IDEM, *Ibid.*). O segundo ocorreu durante o governo de João Goulart (1961 – 1964), quando aquele governo, numa perspectiva de retomada do “nacionalismo” de Vargas, abriu espaços para forças sociais e políticas que tinham como projeto a realização de um conjunto de reformas comprometidas com um padrão nacional, autônomo e distributivo de capitalismo no País.

Aqueles dois momentos históricos, no entanto, se depararam não somente com condições econômicas e estruturais adversas, mas, também e principalmente, com uma forte oposição envolvendo amplos setores da burguesia do País, aliada aos interesses do capitalismo internacional, além de amplos setores das classes médias. Como registra Theotônio dos Santos, referindo-se ao governo João Goulart, as propostas nacionalistas, reformistas e distributivas entraram em contradição com os interesses das classes dominantes do País, pois: ao propor uma reforma agrária, se contrapôs aos interesses das oligarquias rurais; ao propor a ampliação do mercado interno através de políticas distributivas e voltadas às classes populares e de trabalhadores, se contrapôs aos interesses da burguesia de manter suas taxas médias de lucros

e compensar as próprias perdas decorrentes da posição do capitalismo do País na divisão internacional do trabalho; ao intentar limitar a participação do capital estrangeiro na dinâmica de desenvolvimento do capitalismo no País se contrapôs aos interesses do capital internacional já presente no País e, principalmente, ao projeto norte-americano de enquadramento da América Latina (SANTOS, 1995, p. 165).

O golpe de 1964, nesse sentido, foi expressão da articulação política daquele conjunto de forças sociais e políticas que, diante do “projeto reformista” de João Goulart, apostaram no aprofundamento do “enquadramento colonial” característico do capitalismo no País. Como afirma Santos, referindo-se à posição da “burguesia brasileira” naquela conjuntura, observou-se uma “contrarrevolução”, na qual a “burguesia brasileira” optou por uma “aliança desfavorável com o grande capital internacional, com o latifúndio e com os setores reacionários da pequena burguesia e da classe média” (IDEM, Ibid., p. 85).

O golpe militar de 1964, portanto, consolidou o padrão de dominação externa no Brasil, com grande semelhança com aquele presente no antigo sistema colonial no País, pois tornou predominante um modelo de desenvolvimento em que a dependência em relação ao capitalismo internacional passou a ser organizada “a partir de dentro”, consolidando uma realidade histórica caracterizada pela inexistência de “requisitos básicos para o rápido crescimento econômico, cultural e social em bases autônomas” (FERNANDES, 1987, p. 20). Um modelo de desenvolvimento capitalista que, como enfatiza Florestan Fernandes (1987): impediu a superação de uma realidade estrutural caracterizada pela concentração econômica e política em classes sociais de “importância estratégica para o núcleo hegemônico da dominação externa”; garantiu a existência de condições históricas favoráveis para que o desenvolvimento do capitalismo no País continuasse dependente em relação ao capitalismo internacional; excluiu parcelas significativas das classes populares e de trabalhadores “como um requisito estrutural e dinâmico da estabilidade e do crescimento de todo o sistema” (IDEM, Ibid., p. 20).

O Estado brasileiro, a partir de 1964 e durante todo o período autoritário (1964 – 1985) atuou em favor daquele modelo de desenvolvimento capitalista no País. Num primeiro momento, mais especificamente no período entre 1964 e 1967, através de uma política de estabilização econômica e política do País. Nessa direção, sob o ponto de vista econômico, os governos militares apostaram numa política econômica que promoveu um forte arrocho salarial, promoveu a contenção de créditos governamentais, aumentou a arrecadação fiscal com aumento dos impostos, criou melhores condições (através da política cambial) para os setores exportadores do País (SANTOS, 1995, p. 103). Sob o ponto de vista político, os governos

militares estruturaram o estado autoritário, visando desarticular qualquer forma de oposição ao regime político adotado e criar as condições políticas e institucionais necessárias e favoráveis à implementação do modelo de desenvolvimento capitalista adotado (IDEM, *Ibid.*, p. 103).

A partir de 1968, então, contando com uma conjuntura internacional favorável ao modelo de desenvolvimento capitalista adotado (em especial no que diz respeito ao acesso de crédito no mercado financeiro internacional), os governos militares conseguiram superar a crise econômica do período anterior e alcançaram um ciclo de desenvolvimento econômico (com altas taxas de crescimento da economia) que passou a caracterizar o que ficou conhecido como “milagre brasileiro”. Ou seja, a conjuntura internacional favorável e as estratégias de política econômica adotadas permitiram “o desenho de uma política de crescimento acelerado que não só enxugou rapidamente a capacidade ociosa prévia do setor industrial, como também elevou substancialmente a taxa de inversão da economia” (CANO, 2000, p 51).

O “milagre brasileiro” manifestou-se positivamente para os interesses dos capitais investidos no País, pois para a maioria dos trabalhadores aquele período de êxito econômico ocorreu com o custo do poder aquisitivo de seus salários (como indicado anteriormente, um dos mecanismos de sustentação da política de desenvolvimento adotada pelos militares). Tanto é assim que, quando considerados os dados sobre participação da massa salarial e dos investimentos de capital no Brasil, durante aquele período, fica facilmente visível que aquele modelo de desenvolvimento resultou na concentração de riquezas e no empobrecimento das classes populares e de trabalhadores. Wilson Cano apresenta dados que esclarecem aquela dinâmica de concentração econômica e arrocho salarial, ao apresentar um “balanço de indicadores sociais” referente à década de 1970:

Dessa forma, com o salário mínimo contido e com as perdas reais dos salários nos “vales” dos períodos de reajuste, a estrutura tributária regressiva, os enormes subsídios ao capital e, ainda, com o crescimento da fração do excedente apropriado pelos detentores do capital, a *distribuição pessoal da renda* só poderia piorar: os 40% mais pobres da população, que em 1960 receberam 11,6% da renda e em 1970 apenas 10%, em 1980 receberiam 9,8% [...] (CANO, 2000, p. 207. Grifo no original).

Com uma política econômica que resultava em maior concentração da riqueza, que provocava arrocho salarial e controle político dos trabalhadores, a partir da segunda metade da década 1970 as dificuldades em manter o padrão de crescimento alcançado e, inclusive, a tendência de agravamento de diferentes indicadores econômicos (crescimento mais baixo,

inflação em alta, aumento da dívida pública, diminuição nas taxas de investimento),³ o regime autoritário instaurado no Brasil na década de 1960 perdeu cada vez mais sua base de apoio social, e mesmo setores da burguesia no País passaram a indicar sinais de que defenderiam mudanças direcionadas à “abertura política”.⁴

Na primeira metade da década de 1980 os indicadores econômicos atestaram que a crise econômica e social já observada na segunda metade da década de 1970 tinha se agravado. Era a continuidade de uma crise do padrão de desenvolvimento capitalista adotado pelos militares e que caracterizaria, segundo a denominação de economistas, uma “década perdida” para o capitalismo na década de 1980 (CANO, 2000). Foi naquele contexto histórico, de crescente crise de legitimidade dos governos militares, de crescente agravamento da crise econômica e social no país, de crescente descontentamento mesmo de setores sociais que apoiaram o golpe militar de 1964, de retomada das mobilizações populares e das classes trabalhadoras (a retomada das mobilizações sindicais, ainda na segunda metade da década de 1970, e a campanha pelas “diretas já” na primeira metade da década de 1980 são ilustrativas), que um processo político de “abertura democrática” se consolidou no Brasil.

Um processo político de “abertura democrática”, no entanto, que foi controlado de cima, dentro da lógica anunciada ainda durante a década de 1970 pelo presidente general Ernesto Geisel, segundo o qual a abertura se daria de “forma lenta, gradual e segura” (IDEM, *Ibid.*). Tanto foi assim que, mesmo diante de uma grande mobilização nacional em favor das “diretas já”, em 1985 o primeiro presidente civil depois do regime autoritário, Tancredo Neves, foi eleito indiretamente, com votos dos deputados federais e dos senadores que compunham naquele momento o Congresso Nacional (IDEM, *Ibid.*, p. 210).

Faz parte da memória coletiva da sociedade brasileira os acontecimentos que se seguiram após a eleição de Tancredo Neves, em 1985: a doença que levou o presidente eleito à morte; a posse do vice-presidente, José Sarney (durante o período militar presidente do partido político que dava sustentação ao regime autoritário, o PDS – Partido Democrático Social), a

³ A taxa de crescimento dos investimentos, que durante o período de 1970 – 1975 foi de 15,2%, baixou para 4,7% no período entre 1975 e 1980; a inflação, “contida em 28% até 1975”, subiu para 40,5% no período entre 1976 – 1978 e para 54% em 1979; o PIB, que cresceu numa média de 11,3% no período entre 1970 e 1974, apresentou crescimento médio de 6,7% no período entre 1974 e 1980; a dívida externa subiu de 12,6 bilhões de dólares, em 1973, para 53,9 bilhões de dólares, em 1980 (CANO, 2000, p. 198 e seg.).

⁴ Na bibliografia que analisa a atuação política dos industriais no Brasil, por exemplo, é conhecida a “Campanha contra a Estatização”, liderada pelas lideranças industriais do eixo Rio-São Paulo. Uma campanha não somente de reclamação quanto aos resultados da política econômica após o “milagre brasileiro”, mas, também, em virtude da centralização política e as dificuldades sentidas pelo empresariado em dialogar com setores da burocracia estatal (DINIZ, 1982).

tentativa frustrada do governo Sarney (1985 – 1990) em superar a crise econômica, bem como as consequências socioeconômicas daquelas tentativas, especialmente para as classes populares e de trabalhadores (IDEM, Ibid.).⁵

No entanto, sob o ponto de vista político, a segunda metade da década de 1980 foi de grande importância para o conjunto da sociedade brasileira que, desde a década de 1970, lutava pela democratização do país. Em que pese as dificuldades encontradas no momento da transição do governo autoritário para um governo civil, naquela década foram conquistadas condições históricas de afirmação do processo de democratização do Estado brasileiro (as primeiras eleições diretas para Presidente da República, em 1989, simbolizam essas conquistas). Naquele contexto, certamente um acontecimento de fundamental importância, inclusive para os fins da presente tese, foi a construção de uma nova Constituição, antecedida por uma efervescente mobilização sociopolítica, envolvendo amplos setores da sociedade brasileira, impulsionando diferentes formas de organização coletiva (tanto nos espaços rurais quanto nos espaços urbanos), que acompanharam e participaram ativamente na Constituinte que, finalmente, resultou na “Constituição de 1988”.

Sob o ponto de vista das políticas públicas de saúde no Brasil, como é amplamente conhecido, a Constituição de 1988 consolidou um “movimento pela reforma sanitária”, também ativamente participante de todo o processo de democratização no país, através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS representou conquistas significativamente relevantes na história das políticas de saúde no Brasil, pois, pela primeira vez, comprometeu o Estado brasileiro com uma concepção de política fundamentada no pressuposto de que a saúde “é um direito de todos e um dever de Estado”. Um pressuposto que legitimou a afirmação de um conjunto de princípios que, a partir de então, pelo menos institucionalmente passou a orientar as políticas de saúde no Brasil: a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a participação social. O alcance histórico do SUS na reflexão e na construção das políticas de saúde dos trabalhadores no Brasil ainda será analisado na presente tese. De qualquer forma, é importante destacar que a partir da criação do SUS essas políticas também seriam cada vez mais condicionadas por seus pressupostos e por seus princípios.

⁵ Apenas para ilustrar as consequências socioeconômicas do agravamento da crise econômica da década de 1980: em média, o PIB cresceu 2,2% ao ano; a dívida externa aumentou em 51 bilhões de dólares; a inflação, que foi controlada no início do governo Sarney, fechou o ano de 1988 em 990%, anunciando um período de hiperinflação que caracterizaria o final daquele governo; as taxas de desemprego no país começaram a crescer; o poder aquisitivo dos salários diminuiu; a participação econômica dos 40% mais pobres da população do país caiu de 11,8%, em 1979, para 9,8%, em 1987, enquanto a participação econômica dos 20% mais ricos subiu de 56% para 60,8% no mesmo período (CANO, 2000, p. 220 e seg.).

Todo o processo político que resultou na elaboração da Constituição de 1988 (vista como expressão da própria “democratização” do país) ocorreu num contexto histórico ainda marcado pelas expectativas de recuperação da economia a partir dos quadros do modelo desenvolvimentista e de democratização do Estado brasileiro. A eleição de Fernando Collor de Melo (PRN – Partido da Renovação Nacional) para Presidente da República, em 1989, no entanto, redefiniu os rumos da dinâmica de reformas iniciadas na década de 1990, na medida em que sua eleição ocorreu com o apoio de um conjunto de forças sociais de políticas que, já naquelas alturas, se distanciavam cada vez mais da “saída desenvolvimentista”, tinham amplas resistências ao processo de democratização do Estado brasileiro, e se comprometiam com uma crescente “inserção competitiva” do capitalismo brasileiro na dinâmica de mundialização do capital, a partir de uma orientação neoliberal (SALLUM JR., 2007).

Como também é conhecido, Fernando Collor de Melo não chegou a cumprir seu mandato, em virtude das denúncias de corrupção, de sua frágil base de apoio político, da incapacidade demonstrada pelo seu governo de superar a crise do final da década de 1980 e início dos anos 1990, do agravamento da crise econômica e social. Em que pese o Impeachment que retirou Collor da presidência, é importante destacar que foi no seu governo que as reformas neoliberais que, ao longo dos anos 1990, se colocaram como metas dos governos nacionais, tiveram início. Nessa direção, é importante lembrar que a própria eleição de Collor ocorreu num processo político de convencimento quanto à necessidade de reformas neoliberais no Estado e na economia do país; além disso, durante o período em que esteve na presidência, Collor promoveu abertura da economia, desregulamentou fluxos de capitais no país, promoveu uma reforma administrativa, demitindo funcionários públicos, iniciou o processo de privatização de estatais (CANO, 2000, p. 247 e seg.). sob o ponto de vista do processo de construção de uma hegemonia política do ideário neoliberal, cabe o registro da análise de Armando Boito Jr.:

A apologia do mercado e da empresa privada, como espaços de eficiência e da iniciativa inovadora e progressista, e a correspondente condenação do Estado e das empresas públicas, como o espaço do desperdício, do burocratismo e dos privilégios, são ideias que ganharam a condição de verdadeiro “senso comum”, difundindo-se e penetrando [...] no conjunto da sociedade brasileira [...] (BOITO JR, 2007, p. 80).

Com a saída de Collor de Melo da presidência, seu vice, Itamar Franco, assumiu o governo nacional, dando continuidade ao programa neoliberal já adotado e, inclusive, criando as bases para seu aprofundamento, através da criação do Plano Real (CANO, 2000, p. 229). O Plano Real, gestado em condições históricas que favoreceram, politicamente, o então Ministro

da Fazenda do governo Itamar, Fernando Henrique Cardoso, teve como grande ganho a estabilização econômica, freando um processo inflacionário que se arrastava desde a segunda metade da década de 1970. Mas, além disso, o referido plano econômico estava comprometido com um conjunto de pressupostos neoliberais que, a partir de 1995, com a então eleição de Fernando Henrique Cardoso (PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira), consolidaria um período de hegemonia do “Consenso de Washington” na condução das políticas governamentais no Brasil.

Fernando Henrique Cardoso foi o primeiro Presidente da República depois do período autoritário que teve dois mandatos, já que, durante o seu primeiro governo, conseguiu aprovar no Congresso Nacional o instituto da reeleição (tanto para Presidente da República quanto para Governadores dos estados). Seu governo, portanto, iniciou em 1995 e terminou em 2002. Um período que, como indicado, ficou caracterizado pela orientação neoliberal na condução das políticas governamentais e que, nesse sentido, consolidou um processo de “reformas estruturais” de orientação neoliberal no Brasil.

Certamente, uma análise do significado histórico do período em que Fernando Henrique Cardoso esteve na presidência da República está para além do alcance dos objetivos da presente tese. De qualquer forma, é importante registrar algumas questões que permitam, então, a análise de algumas implicações daquele período sob o ponto de vista do trabalho, da dinâmica dos mercados de trabalho no país, das condições de trabalho e de vida dos trabalhadores.

Sob o ponto de vista da política econômica adotada, os dois governos de Fernando Henrique Cardoso priorizaram a estabilidade econômica (controle inflacionário), a abertura da economia nacional, a privatização de empresas estatais como forma de atrair capital estrangeiro, uma política de juros favorável ao capital financeiro internacional (o governo brasileiro chegou a praticar as maiores taxas de juros do planeta durante a década de 1990; durante a “crise asiática” de 1997, por exemplo, a taxa de juros fechou o ano em 43%) (FILGUEIRAS, 2000, p. 137), taxas de câmbio favoráveis às importações (CANO, 2000). Os resultados da política econômica adotada, no entanto, não surtiram os efeitos esperados pelo governo. Em que pese o controle da inflação, a economia do país teve crescimento muito baixo, inclusive durante no período entre 1989 e 1998 a taxa de crescimento do PIB foi de apenas 1,9% (abaixo, portanto, do crescimento alcançado durante a chamada “década perdida”) (IDEM, *Ibid.*, p. 266); a abertura da economia nacional, as taxas de juros praticadas, as privatizações, o abandono de ações estatais com o objetivo de impulsionar o desenvolvimento, promoveram um amplo processo de “desnacionalização da economia”; a dívida externa bruta do país saltou de 122,8

bilhões de dólares, em 1990, chegou aos 226,4 bilhões em 1998 (FILGUEIRAS, 2000, p. 153). Ainda que a partir do segundo governo algumas mudanças tenham sido executadas em termos de política econômica (regime de câmbio fixo substituído por uma política de câmbio flutuante; regime monetário com sistema de metas inflacionárias estabelecidas pelo Banco Central; regime fiscal comprometido com superávits primários crescentes) (FILGUEIRAS, 2000), a economia brasileira não conseguiu superar a situação de crise e a política econômica continuou vulnerável e com alta dependência de indicadores da economia internacional, manifestada essa dependência principalmente ao enquadramento das ações do governo pela lógica dos investimentos do capital financeiro globalizado; a título de exemplo, em 2002, o Brasil vivenciou uma crise cambial, com fuga de capitais e desvalorização do Real, que impôs ao governo a busca de 30 bilhões de dólares no FMI, o aumento da taxas de juros, o corte de gastos públicos, tendo como resultado, naquele ano, um crescimento econômico pífio (manifestado nos apenas 1,51% de crescimento do PIB) (IDEM, *Ibid.*, p. 23).

Sob o ponto de vista socioeconômico, os resultados das políticas econômicas adotadas durante os anos 1990 sobre o mercado de trabalho são ilustrativas. Em linhas gerais, como afirma Márcio Pochmann, o “modelo econômico” adotado se mostrou “solidário com o desemprego” (POCHMANN, 2001, p. 114); o baixo crescimento da economia nacional, a forma de inserção da economia nacional na dinâmica da mundialização do capital (através da abertura da economia nacional e de políticas de atração do capital internacional), a reestruturação produtiva que as empresas impulsionaram diante das mudanças econômicas ocorridas, a reformulação do setor público, numa perspectiva de comprometimento dos investimentos públicos e de redução da participação do Estado na constituição de políticas públicas, foram fatores importantes no processo de desestruturação dos mercados de trabalho no país (IDEM, *Ibid.*).

A título de exemplo, os dados da PED (Pesquisa de Emprego e Desemprego), realizada pelo DIEESE (Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos) a partir dos anos 1990 indicam que o desemprego cresceu significativamente nas regiões metropolitanas do país: na região metropolitana de São Paulo, a taxa de desemprego total subiu de 10,3%, em 1990, para 19,3%, em 1999, e 19,0%, em 2002; na região metropolitana de Belo Horizonte subiu de 12,7%, em 1996, para 17,9%, em 1999, e 18,1%, em 2002; na região metropolitana de Porto Alegre, subiu de 12,2%, em 1993, para 19,0%, em 1999, baixando para 15,3% em 2002; na região metropolitana de Recife, subiu de 21,6%, em 1998, para 22,1%, em 1999, baixando para os 20,3% em 2002; na região metropolitana de Salvador, subiu de 21,6%,

em 1996, para 27,7%, em 1999, mantendo em 27,3% em 2002 (DIEESE, 2012; IDEM, 2017).

Não somente o desemprego se elevou durante a “década de políticas neoliberais” no país. Também a vulnerabilidade no mercado de trabalho aumentou, expressando crescimento de formas de empregabilidade sem ou com frágil proteção no trabalho e aos trabalhadores. Também os dados do DIEESE, nesse sentido, são ilustrativos. Segundo os dados apresentados no final da década de 1990, relacionados às regiões metropolitanas onde a PED era realizada, na região metropolitana de Belo Horizonte 49,7% da PEA (População Economicamente Ativa) encontravam-se em situação de vulnerabilidade (crianças e adolescentes, de 10 a 16 anos, desempregados ou ocupados; desempregados, com 17 anos ou mais; ocupados, com 17 anos ou mais, em trabalhos mais precários – sem carteira assinada, autônomos que trabalham para o público, trabalhadores familiares, empregados domésticos); esse índice era igual aos 48,4% na região metropolitana do Distrito Federal, aos 46,2% na região metropolitana de Porto Alegre, aos 57,8% na região metropolitana do Recife, aos 60,7% na região metropolitana de Salvador e aos 50,1% na região metropolitana de São Paulo (DIEESE, 2001, p. 36).

Dados que indicam, também, que durante a década de 1990 parcelas significativas das pessoas que viviam do trabalho no país tiveram suas condições de vida comprometidas em virtude da baixa remuneração de seus trabalhos. Se tomado o salário mínimo como referência (afinal uma referência importante, já que a maioria das pessoas que trabalham no país não ganha mais do que dois salários mínimos),⁶ esse comprometimento das condições de vida da maioria dos trabalhadores fica evidenciado. Em 2011, o DIEESE fez uma análise do poder aquisitivo do salário mínimo ao longo de sua história (portanto, desde a década de 1940, quando o salário mínimo foi instituído no Brasil). Segundo essa análise, que considerou os valores em reais no ano de 2011, com correção pela inflação, o salário mínimo era de R\$ 1.202,29 em 1940, de R\$ 491,85 em 1950, de R\$ 1.211,98 em 1960, de R\$ 729,20 em 1970, de R\$ 686,08 em 1980, de R\$ 414,15 em 1990, de R\$ 346,46 em 1994, de R\$ 280,89 em 1998, de R\$ 287,06 em 2000 e de R\$ 322,96 em 2002 (G1, 2011).

É importante notar também que, durante a década de 1990, foi insistente a discussão sobre reformas neoliberais na legislação trabalhista, numa perspectiva não somente de “revisão” de avanços institucionalizados na Constituição de 1988, mas, para além disso, de

⁶ Dados do IBGE, para o ano de 2016, indicavam que, dos 88,9 milhões de brasileiros ocupados em 2016, 44,4 milhões recebiam, em média, menos de um salário mínimo mensal (naquele ano o salário mínimo era igual a R\$ 880,00 e os 44,4 milhões recebiam, em média, R\$ 747,00 por mês (<https://g1.globo.com/economia/noticia/metadados-trabalhadores-brasileiros-tem-renda-menor-que-o-salario-minimo-aponta-ibge.ghtml>)).

ruptura com as condições de proteção garantidas com a criação da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) na década de 1940. Uma perspectiva, portanto, baseada na desregulamentação (retirada de direitos já instituídos legalmente), na privatização (garantia de liberdade para o mercado definir relações entre capital e trabalho) e na flexibilização (possibilidade de as relações de trabalho se tornarem efêmeras, passíveis de mudanças ao sabor das conjunturas, dos interesses políticos) (CADONÁ, 2014).

Nessa direção, é importante registrar que durante o período em que Fernando Henrique Cardoso esteve na presidência, o executivo nacional fez um esforço visando aprovar a reforma na legislação trabalhista. As resistências encontradas no Congresso (também expressão das resistências decorrentes da contrariedade e das mobilizações do movimento sindical no país) não permitiram que uma reforma tal como pretendida pelo governo fosse realizada. De qualquer forma, um conjunto de mudanças foram realizadas, tal como registra Wilson Cano em sua análise sobre as “reformas neoliberais” daquele período: instituição da possibilidade de remuneração variável, via participação nos lucros e resultados; eliminação de fatores que inibiam a demissão sem justa causa (através da anulação da ratificação anterior da Convenção 158 da OIT); eliminação da indexação na política salarial, forçando a negociação; limitação da capacidade de fiscalização do Ministério do Trabalho; ampliação das possibilidades de uso de contrato temporário de trabalho; ampliação da possibilidade de contratação por tempo determinado; autorização de jornada de trabalho de até 25 horas semanais; permissão para a suspensão temporária do contrato de trabalho; criação do banco de horas, permitindo que a jornada de trabalho pudesse ser superior a 44 horas semanais; permissão para a instituição de cooperativas de prestação de serviços, rompendo, assim, vínculos empregatícios entre cooperados e empresa contratante (CANO, 2000, p. 260-62).

A análise até então apresentada sobre o alcance das políticas neoliberais adotadas durante os anos 1990 e início dos anos 2000 permite, também, indicar que aquelas políticas tiveram repercussões sobre a atuação do Estado nas políticas públicas e, nesse sentido, no processo histórico de construção do SUS durante aquele período. A crise econômica do período, as políticas de contenção e de diminuição dos gastos públicos (a busca por superávits primários), o comprometimento das finanças públicas com o pagamento dos serviços da dívida pública, o arrocho salarial nos serviços públicos, a aposta no mercado como possibilidade de acesso a “serviços sociais” (inclusive a saúde), a visão apologética do mercado como instância de solução de conflitos (relativização, portanto, de instituições visando o controle público de questões sociais, como é o caso da própria saúde dos trabalhadores), a transferência para a

sociedade de compromissos sociais atribuídos ao Estado, foram fatores que comprometeram a saúde pública no país naquele período e a concretização dos princípios que foram afirmados na Constituição de 1988, com a criação do SUS. Um processo de comprometimento dos princípios afirmados no processo de construção do SUS que Júlio César França Lima ilustra bem, ao analisar as repercussões das políticas neoliberais dos anos 1990 sobre as políticas de saúde no Brasil:

[...] o que se verifica é a diminuição/contingenciamento e a utilização dos recursos da seguridade – especificamente da área de saúde – para outros fins. Ao mesmo tempo, passa a ocorrer o que Paim (2008, p. 184) chama de “sanitarismo de resultados”, isto é, a ênfase em políticas governamentais “capazes de oferecer, num período recessivo e marcado pela ideologia neoliberal, [...] uma medicina simplificada para pobres e ‘descamisados’, excluídos do consumo médico, e ações de saúde pública de baixo custo e alto impacto” [...].

[...].

Concomitantemente ao processo de desfinanciamento do Sistema Único de Saúde e de deterioração dos serviços públicos, observa-se a reconfiguração da relação público-privada. Por determinação da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos passam a ser privilegiadas em detrimento dos hospitais contratados, uma tendência que já vinha sendo operacionalizada desde os anos 1980 e se acentua ao longo da década de 1990. A assistência médica suplementar, isto é, o segmento de planos e seguros de saúde privados também começa a reestruturar e diversificar suas ações empresariais, ao mesmo tempo em que o Estado elabora políticas públicas de apoio a esse setor, que irão competir com as instituições públicas. Isso acontece, particularmente, nas políticas baseadas em deduções e subsídios fiscais, que, ao substituírem as relações diretas entre a previdência social e as empresas empregadoras, irão subsidiar, indiretamente, as empresas médicas, contribuindo para o aprofundamento e a cristalização da segmentação do sistema e dos provedores de serviços de acordo com o status socioeconômico das demandas (LIMA, 2017, p. 283).

Cabe notar que as políticas governamentais adotadas pelo governo de Fernando Henrique Cardoso encontraram, ao longo daquele período, fortes resistências em diferentes setores da sociedade brasileira, especialmente entre os trabalhadores assalariados e as classes médias representados por movimentos sociais e partidos políticos de oposição ao projeto neoliberal no país. Forças sociais e políticas que, nas eleições presidenciais de 2002, apostaram na possibilidade de um candidato de oposição aglutinar as “desesperanças” da maioria da população brasileira diante da crise econômica e social que caracterizou aquele período.

Foi naquele contexto, portanto, que em 2002 o candidato do Partido dos Trabalhadores à presidência da República, Luís Inácio Lula da Silva, representando as forças sociais e políticas de oposição ao projeto neoliberal, ganhou as eleições do presidente que representava a continuidade daquele projeto, José Serra, do Partido da Social Democracia Brasileira.

Para amplos setores da sociedade brasileira, a vitória de Luis Inácio Lula da Silva representou uma “esperança” de que novas direções não somente à política econômica, mas, também, ao papel do Estado na dinâmica do capitalismo no País, pudessem ser impulsionadas. Se, naquele momento, a manutenção da estabilidade econômica já se tornara um consenso, cada vez mais se estabelecia a compreensão de que era necessário o Estado impulsionar o crescimento econômico, com políticas ativas de desenvolvimento econômico e, inclusive, reverter o quadro histórico de precarização do trabalho e das condições de vida de amplos setores da sociedade, em especial das classes populares.

O primeiro governo Lula (2003 – 2006), no entanto, deu continuidade às diretrizes básicas da política econômica adotada no segundo governo de Fernando Henrique Cardoso. Orientou sua política econômica, portanto, combinando política de câmbio flutuante, livre movimento de capitais, regime de metas de inflação e políticas fiscais restritivas (elevadas taxas de juros com elevados superávits fiscais) (CORAZZA, FERRARI FILHO, 2004, p. 246).

Evidentemente, a continuidade de uma política econômica que, num período anterior, comprometeu o crescimento econômico e a possibilidade de um efeito positivo sobre indicadores socioeconômicos, não significou afastamento dos compromissos históricos do governo Lula com uma nova orientação política quanto à atuação do Estado, tanto na economia quanto no desenvolvimento de políticas sociais com capacidade de enfrentamento às desigualdades sociais, à precarização presente nos mercados de trabalho, a problemas estruturais e decorrentes da dinâmica histórica do capitalismo no país (como, por exemplo, a situação de pobreza e de miséria presente na vida de parcelas significativas da população naquele momento). De qualquer forma, é importante destacar que a “ortodoxia econômica” que orientou a equipe econômica naquele período “limitou o crescimento, a melhoria do mercado de trabalho e o financiamento da política social” (FAGNANI, 2011, p. 4). Que política social seria possível realizar a partir de uma orientação econômica que manteve altas taxas de juros e que perseguiu metas elevadas de superávit primário visando o pagamento de juros e amortizações da dívida pública?

Nesse sentido, inclusive, é importante destacar que as preocupações do primeiro governo Lula com as políticas sociais foram explicitadas em dois documentos principais: o primeiro, “Projeto Fome Zero – uma proposta de segurança alimentar para o Brasil”, que foi publicado ainda em 2001, resultado da contribuição de pesquisadores vinculados ao PT, e que “consistia em uma combinação de políticas assistenciais com ações mais abrangentes de incentivo à agricultura familiar” (ALMEIDA, 2013, p. 9); e o segundo, “Política econômica e

reformas estruturais”, que foi elaborado pela equipe do Ministro da Fazenda do primeiro governo Lula, Antonio Palocci, e abordava o tema das políticas sociais a partir do “ângulo de seus efeitos regressivos, pelo aumento da eficácia do gasto social e da efetividade dos programas e ações, a ser obtida com melhor focalização nos grupos de menor renda” (IDEM, *Ibid.*, p. 10).

A presença de dois documentos como balizadores do debate sobre a “questão social” pode ser analisada como um indicador de que a disputa entre os temas da “focalização” (ação focalizada e seletiva do Estado na área social) e da “universalização” (ação estatal do Estado na área social numa perspectiva de atendimento universal da população, sem discriminação social, cultural, econômica), já pautado pela agenda neoliberal dos anos 1990, permaneceu durante o primeiro governo Lula. Desde seu início, portanto, aquele governo deu sinais claros que sua política social teria uma dinâmica de lutas, simbolizadas essas lutas nas diferentes e, mesmo, incongruentes visões acerca da “questão social” entre aqueles que assumiriam a gestão política e econômica de seu governo. Seria o resultado dessas lutas que diria qual a conciliação possível entre uma orientação econômica comprometida com a disciplina fiscal nos gastos do governo, com altas de juros (e suas implicações sobre as dívidas públicas e, nesse sentido, também sobre as contas do governo), e o desenvolvimento de programas e de iniciativas na área social.

E o resultado daquelas lutas ocorreu em favor da visão liberalizante que predominava na equipe econômica liderada pelo ministro Palocci. Ou seja, a intenção de controlar a inflação utilizando-se de taxas de juros elevadas, superávit primário e restrição dos gastos públicos não somente resultou num contexto econômico de baixo crescimento (que, evidentemente, continuou colocando limites ao desenvolvimento das políticas sociais), mas, também, numa perspectiva focada de desenvolvimento das políticas sociais.

O exemplo mais claro dessa tendência ocorreu através de uma “releitura” do Programa Fome Zero que, já a partir de 2003, enquanto prioridade das políticas sociais do governo Lula, passou a ser enfatizado em seu aspecto de política de transferência de renda. O Programa Fome Zero, assim, deu lugar ao “Programa Bolsa Família”, um programa de transferência direta de renda que aperfeiçoou políticas já existentes durante o governo Fernando Henrique Cardoso (“bolsa escola”, “bolsa alimentação”, “programa auxílio gás”) e que, desde sempre, esteve focado nos “mais pobres” do país (definidos esses a partir de critérios que o Banco Mundial desde os anos 1990 corroborava).

O “Programa Fome Zero”, em sua concepção, previa um leque amplo de ações socioeconômicas, não se reduzindo à transferência direta de renda (que estava também prevista no Programa, através do “Cartão Alimentação”): reforma agrária, fortalecimento da agricultura familiar, programas de desenvolvimento territorial, programas de geração de trabalho e de renda (economia solidária), desoneração da produção de alimentos, distribuição de alimentos, merenda escolar, programa de alimentação do trabalhador, produção para o consumo próprio, banco de alimentos, restaurantes populares, construção de cisternas para armazenamento de água. Além disso, o Programa considerava a participação social como um requisito fundamental na execução das políticas sociais, tornando as ações sociais, mais do que ações de governo, ações de Estado e da Sociedade (GRAZIANO DA SILVA; DEL ROSSI; FRANÇA, 2010).

Por sua vez, o “Programa Bolsa Família” centrou suas ações na transferência monetária mensal a famílias em condição de vulnerabilidade social, associada a uma rede de serviços públicos, interligada às políticas de saúde, educação e assistência social. A Lei que criou o Programa Bolsa Família (Lei n. 10.836, de 09 de janeiro de 2004) considerou elegíveis as famílias com até R\$ 100,00 de renda per capita mensal. Em 2006, esta linha de pobreza foi reajustada e a Lei passou a definir como famílias pobres aquelas que tinham renda média per capita mensal de até R\$ 120,00; dentre essas, o Programa passou a considerar “extremamente pobres” as famílias com renda média mensal e per capita de até R\$ 60,00, sendo elegíveis ao Programa independentemente de sua composição; às famílias com renda média mensal e per capita de R\$ 60,01 até R\$ 120,00 foi permitido o ingresso no Programa desde que apresentassem em sua composição crianças e adolescentes com idades até os 17 anos (CUNHA; PINTO, 2013).

A meta do Programa Bolsa Família para o primeiro governo foi efetivamente alcançada (integração de 11,1 milhões de famílias pobres: 3,6 milhões em 2003, 5,5 milhões em 2004, 8,7 milhões em 2005 e 11,1 milhões em 2006), tendo o governo gasto R\$ 11,8 bilhões para o alcance daquela meta (IDEM, Ibid.). E, evidentemente, os impactos sociais e econômicos daquela política não podem ser desconsiderados (em 2000, 28 milhões de brasileiros viviam com uma renda mensal menor de R\$ 70,00; em 2012, esse número foi reduzido, em função das políticas de distribuição de renda, para 5,3 milhões de pessoas) (CUNHA; PINTO, 2013). destaque-se, também, que as ações do primeiro governo Lula nas áreas sociais não se limitaram ao Programa Bolsa Família. De qualquer forma, trata-se de assinalar que a política econômica (de corte neoliberal) adotada durante o primeiro governo Lula colocou-se como um condicionante das políticas sociais realizadas, determinando uma opção do governo pelo

desenvolvimento de ações focadas.

Sob o ponto de vista da dinâmica da economia, no primeiro ano do governo Lula (2003) os resultados da orientação econômica adotada, garantindo a continuidade de aspectos centrais da política econômica que já vinha sendo adotada no segundo governo de Fernando Henrique Cardoso, não foram diferentes daqueles que também já vinham sendo observados no período anterior: ainda que a confiança da comunidade financeira internacional tenha sido estabelecida (o “risco-Brasil” apresentou queda significativa, observou-se um retorno do fluxo de capitais de curto prazo, os títulos da dívida externa foram valorizados no mercado internacional) e a taxa de inflação tenha ficado em 9,3% no ano, o PIB (Produto Interno Bruto) apresentou um pequeno crescimento (1,1%), a taxa de desemprego bateu recorde histórico (12,3%) e os rendimentos do trabalho apresentaram redução de aproximadamente 15% (CORAZZA, FERRARI FILHO, 2004, p. 247).

Porém, a partir de 2004 os resultados econômicos alcançados tomaram direção diferente, tendo o PIB, por exemplo, apresentado crescimento positivo de 4,94% em 2004, de 2,28% em 2005 e de 3,00% em 2006 (CARVALHO, 2011). Essa “recuperação da economia” ocorreu, principalmente, em virtude do crescimento observado naquele período na economia mundial, em especial da China, cujos resultados, para a economia brasileira, se fez notar “tanto em termos de transações comerciais como em relação ao fluxo de investimentos e disponibilidade de crédito” (MATTEI; MAGALHÃES, 2011, p. 141). Ou seja:

O Brasil, particularmente, se aproveitou desse momento de expansão da economia mundial – puxada pelo crescimento da China – e conseguiu obter saldos expressivos na balança comercial em todo o período, processo esse puxado mais pela elevação dos preços do que pela expansão do quantum exportado. De qualquer forma, os resultados mostravam um saldo comercial favorável da ordem de R\$ 24 bilhões em 2003, o qual passou para mais de R\$ 46 bilhões em 2007 [...] (IDEM, Ibid., p. 141).

O crescimento positivo da economia a partir de 2004 (ao que se podem acrescentar os resultados positivos da política social focada na diminuição da pobreza) foi importante para estancar a precarização do mercado de trabalho que se estendia desde a década de 1990. Assim, por exemplo, o desemprego aberto no País, que em 2003 apresentou uma taxa elevada de 12,3%, baixou para 11,5% em 2004, 9,5% em 2005 e 8,5% em 2006; os rendimentos médios reais dos trabalhadores, que em 2003 apresentaram uma perda de -15%, estabilizaram-se em 2004 e iniciaram um movimento de recuperação a partir de 2005 (FAGNANI, 2011).

Numa perspectiva de continuidade de aspectos centrais da política econômica do governo anterior, o primeiro governo Lula também conseguiu resultados significativos. A

inflação (colocada como objetivo principal da política econômica), por exemplo, ficou relativamente controlada dentro das metas estabelecidas no início do governo Lula (4% em 2003, 5,5% em 2004, 4,5% a partir de 2005), pois, tomando-se como referência as variações do IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo), 2003 terminou com uma inflação de 9,3%, 2004 teve uma inflação de 7,60%, em 2005 a inflação foi de 6,9%, baixando para 2,97% em 2006 (CARVALHO, 2006).

O controle inflacionário foi alcançado, porém, através do controle de preços exercido por uma política monetária que utilizou, fundamentalmente, taxas de juros expansivas em todo o período (MATTEI; MAGALHÃES, 2011). Os reflexos das altas de juros se fizeram sentir no setor produtivo do País, mas, também, no endividamento público do Estado brasileiro, fazendo com que a dívida líquida do País, que em 2002 já tinha alcançado R\$ 892 bilhões, em agosto de 2010 alcançasse R\$ 1 trilhão e 400 bilhões (o que implicaria um gasto anual na ordem de R\$ 150 bilhões somente com o pagamento dos juros daquela dívida) (IDEM, *Ibid.*, p. 147).

Se o primeiro governo Lula deu continuidade à política econômica do segundo governo Fernando Henrique Cardoso, a partir de seu segundo governo as políticas governamentais se distanciaram da orientação neoliberal, numa perspectiva de garantir maior autonomia para o Estado, colocando-o como agente estratégico num processo de retomada das políticas de desenvolvimento no País. Naquele contexto de redefinição do modelo neoliberal, algumas medidas de política econômica tiveram continuidade, mas outras tomaram direções diferentes, criando, inclusive, condições para que o próprio modelo de desenvolvimento ganhasse contornos significativamente distantes daquele que orientou os governos durante a década de 1990 e nos primeiros anos da década de 2000.

Essa redefinição pode ser analisada a partir do tripé que orientou a política econômica durante o segundo governo de Fernando Henrique Cardoso e o primeiro governo de Lula: política de câmbio flutuante, livre movimento de capitais, regime de metas de inflação e políticas fiscais restritivas (elevadas taxas de juros com elevados superávits fiscais).

Em linhas gerais, a política de câmbio flutuante, o livre movimento dos capitais e o regime de metas de inflação foram mantidos sem grandes alterações durante o segundo mandato do presidente Lula. No entanto, sob o ponto de vista das políticas fiscais ocorreram mudanças significativas.

Porém, se durante seu primeiro governo Lula seguiu orientações neoliberais no que diz respeito às metas de inflação e de políticas fiscais restritivas, a partir de seu segundo governo a

política econômica teve uma nova orientação: a adoção de medidas voltadas à ampliação do crédito ao consumidor e ao mutuário, o aumento real do salário mínimo, a ampliação do programa de transferência de renda direta (bolsa-família), a criação do Programa de Aceleração da Economia (PAC), a atuação ativa do BNDES (Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social) visando estimular os investimentos (privados), as medidas anticíclicas de proteção da economia nacional diante da crise internacional de 2008 são alguns exemplos dessa redefinição das políticas governamentais (TEIXEIRA; PINTO, 2012, p. 17).

A partir de então, portanto, não se pôde mais falar de um governo que, face à necessidade de criar superávits para o pagamento dos serviços da dívida pública, focalizava as políticas sociais e comprometia os investimentos estatais.

A mudança na orientação fiscal foi possível, sem dúvida, em função do contexto favorável da economia internacional, que já vinha ocorrendo no primeiro mandato do governo Lula e que, de forma crescente, favoreceu as contas externas brasileiras. A condição externa favorável criou condições também favoráveis para que o segundo governo Lula praticasse uma política de redução dos juros internos, expandisse o crédito e os gastos públicos (investimentos em infraestrutura e ampliação dos investimentos nos programas sociais), medidas que contribuíram para a expansão do mercado interno, estimulando, inclusive, o retorno de investidores privados (BARBOSA, 2013). Nesse sentido, é importante destacar que:

[...] a melhoria das contas externas atuou como fator exógeno positivo, que permitiu a adoção de novos estímulos internos. A interação entre estas duas forças permitiu o reforço da acumulação de capital, repercutindo sobre os níveis de emprego e da massa salarial (BARBOSA; SOUZA, 2010, p. 43).

Assim, numa situação favorável das contas externas, com repercussão positiva sobre as condições internas de desenvolvimento da economia, o próprio Estado conseguiu acumular superávits suficientes para voltar a investir. Foi naquele quadro histórico, inclusive, que o governo Lula lançou, ainda em 2007, o PAC (Programa de Aceleração do Crescimento), um audacioso programa de crescimento econômico que colocou, novamente, o Estado brasileiro como estratégico no planejamento e na execução de um plano de desenvolvimento, compreendendo grandes investimentos em infraestrutura social, urbana, logística e energética do País. E foi naquele quadro histórico, também, que aquele governo conseguiu colocar o principal banco nacional de apoio ao desenvolvimento no País, o BNDES (Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social), como estratégico no estímulo aos investimentos privados, criando condições para que o referido banco passasse a contar com uma carteira de

investimentos superior àquela que, no período, resultava da soma da carteira de investimentos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e da carteira de investimentos do Banco Mundial (BARBOSA; SOUZA, 2010, p. 44).

O PAC e a importância atribuída ao BNDES na dinâmica de crescimento econômico, evidentemente, foram duas ações governamentais de maior importância, mas que se somaram a outras tantas, também com capacidade de impulsionar uma dinâmica exitosa de desenvolvimento: a valorização dos funcionários públicos a partir de 2006; os maiores investimentos estatais em áreas como, por exemplo, saúde e educação; a ampliação das políticas de combate à pobreza (crescimento no número de famílias beneficiadas e reajuste dos valores transferidos); a política de valorização do salário mínimo; na área monetária, ações visando reduzir a taxa básica de juro do País (BARBOSA, 2013, p. 75).

As políticas desenvolvimentistas possibilitadas no segundo mandato de Lula pela condição externa favorável permitiram uma retomada dos investimentos no País que foram fundamentais, inclusive, para o bom desempenho dos diferentes setores da economia. Assim, tomando o quinquênio 2004-2008, a indústria (extrativista mineral, de transformação, da construção civil e de serviços de utilidade pública) cresceu, em média, 4,3% ao ano, superando o crescimento observado naquele período pelo setor agropecuário (que obteve um crescimento médio anual de 3,7%) e ficando atrás do setor de serviços, que observou um crescimento médio anual de 4,8% (BARBOSA; SOUZA, 2010, p. 44); o PIB do País cresceu 4% em 2006, elevando-se para 6,1% em 2007.

Naquele contexto, quando a crise internacional de 2008 ocorreu, a partir dos Estados Unidos e repercutindo em todo o mundo, a economia brasileira garantiu condições favoráveis para que o governo Lula encaminhasse mecanismos de proteção. Claro que aquela crise repercutiu na economia brasileira, através da queda nas exportações e na entrada de investimentos estrangeiros, do aumento da renda líquida enviada ao exterior, do aperto nas linhas de crédito internacionais, no comprometimento das expectativas do setor privado, na redução abrupta dos preços das *commodities* em virtude da estagnação das economias importadoras (BARBOSA; SOUZA, 2010, p. 45). Mas não foi uma repercussão capaz de mudar radicalmente a trajetória de crescimento da economia nacional no período; mesmo o PIB, nesse sentido, diminuiu em relação ao ano de 2007, mas apresentou um crescimento de 5,1% em 2008 (BARBOSA, 2013, p. 76). O governo Lula, nesse sentido, atendendo inclusive as demandas de representantes do capital investido no país, conseguiu adotar medidas (ampliação da liquidez em moeda estrangeira e nacional, aumento dos gastos do Estado, desonerações tributárias,

incentivos fiscais, manutenção das políticas de distribuição de renda, ampliação do papel dos bancos públicos no incentivo ao desenvolvimento econômico, a partir de 2009 um programa de incentivo à construção popular – “Programa Minha Casa, Minha Vida”) que, muito rapidamente, permitiram a retomada do ciclo expansivo da economia. Assim:

[...] o governo Lula adotou uma postura sem precedentes na história recente do país: uma política de combate aos efeitos da crise internacional mediante medidas expansionistas nas áreas fiscal, monetária e creditícia. Em linhas gerais as principais ações do governo podem ser agrupadas em cinco grupos de medidas: (1) o aumento da liquidez e redução da taxa Selic; (2) a manutenção da rede de proteção social e dos programas de investimentos públicos mesmo em um contexto de queda da receita do governo; (3) as desonerações tributárias temporárias e permanentes; (4) o aumento da oferta de crédito por parte dos bancos públicos; e (5) o aumento do investimento público em habitação [...] (IDEM, Ibid., p. 81).

O resultado das ações do governo visando criar mecanismos de proteção para a economia nacional diante da crise internacional se fez sentir rapidamente e, embora em 2009 o PIB tenha apresentado um crescimento de apenas 0,6%, em 2010 seu crescimento foi de 7,5% (IDEM, Ibid., p. 83).

E os investimentos do Estado, somados aos investimentos privados (fortemente apoiados pelas políticas estatais) e aos programas de distribuição de renda (transferência de renda, recuperação do salário mínimo), tiveram efeitos sobre o mercado de trabalho e sobre as condições de desigualdades do País. Assim, especialmente a partir de 2006, observou-se uma elevação da capacidade de geração de empregos (entre 2001 e 2011 o Brasil ampliou em 15,5 milhões o total de postos de trabalho), com impactos significativos sobre os índices até então existentes de desemprego e de subemprego, mas, também, sobre a renda dos trabalhadores. A taxa de pobreza no País, que era de 26,7% em 2002, despencou para 12,8% em 2012; os investimentos em educação escolar elevaram o nível educacional da população, fazendo com que a participação das pessoas com 11 anos ou mais de estudo no mercado de trabalho se elevasse de 23,4%, em 2002, para 35,1% em 2011 (MATTOSO, 2013, p.115). De modo que:

Os efeitos da elevação do gasto social agregado (cerca de 23% do PIB), da conformação de inovadoras políticas sociais e do aumento do salário-mínimo impactaram positivamente a distribuição da renda e a redução da pobreza, favorecendo também a elevação do rendimento médio do trabalho, do salário-mínimo real (mais de 70% na última década) e o consequente fortalecimento do mercado de trabalho (com redução da informalidade e do desemprego) e a expansão do mercado interno (IDEM, Ibid., p. 115).

Para melhor ilustrar as repercussões das políticas governamentais sobre os mercados de trabalho no país, cabe registrar os dados da PED realizada pelo DIEESE em algumas regiões metropolitanas. Segundo os dados daquela pesquisa, a diminuição do desemprego ocorreu nos seguintes termos: na região metropolitana de São Paulo, o desemprego diminuiu de 19,3%, em 1999, para 13,8% em 2009; na região metropolitana de Salvador a taxa de desemprego diminuiu de 27,7% em 1999 para 19,4% em 2009; na região metropolitana de Porto Alegre a taxa de desemprego diminuiu de 19,0% em 1999 para 11,1% em 2009; na região metropolitana de Belo Horizonte a taxa de desemprego diminuiu de 17,9% em 1999 para 10,3% em 2009; na região metropolitana do Distrito Federal a taxa de desemprego diminuiu de 22,1% em 1999 para 15,8% em 2009 (DIEESE, 2012, p. 64).

Portanto, as mudanças realizadas a partir do segundo mandato do Presidente Lula permitiram alterar uma trajetória negativa que caracterizava os indicadores socioeconômicos no Brasil desde a década de 1990. É importante registrar que, no período entre 2003 e 2010 o Brasil apresentou seu melhor ciclo econômico desde a década de 1980, quando o modelo de desenvolvimento econômico adotado pelos governos militares entrou em crise: o Produto Interno Bruto (PIB) cresceu, em média, 4,1% ao ano durante os dois governos de Lula, enquanto que entre 1980 e 2002 essa média anual foi de 2,4% (TEIXEIRA & PINTO, 2012, p. 17-19).

A análise até aqui apresentada sobre o desenvolvimento do capitalismo no Brasil a partir dos “governos do PT” (2003), com ênfase à dinâmica econômica e repercussões dessa dinâmica sobre alguns indicadores socioeconômicos, não pode relativizar a importância das mudanças que ocorreram a partir daquele período nas relações entre o governo nacional e movimentos populares e de trabalhadores, bem como na forma como o Estado brasileiro passou a atuar em políticas públicas, visando democratizar o acesso a determinados direitos sociais (exemplo disso foram as políticas de expansão do ensino universitário, seja através da criação de universidades públicas, seja através de programas que facilitaram a entrada na universidade de setores populares), garantir maior sustentação financeira para a concretização de outros direitos sociais, criar mecanismos institucionais para uma maior efetividade de políticas públicas na área social.

Essa referência se torna ainda mais importante no momento em que a presente tese está sendo escrita. Nessas alturas, a sociedade brasileira já vivencia um período “pós-governos do PT”, em decorrência do Impeachment da presidenta Dilma Rousseff (2011 – 2016), ocorrido em agosto de 2016, e as lideranças políticas que assumiram o executivo nacional (liderados pelo então vice-presidente enquanto Dilma Rousseff esteve na presidência, Michel Temer)

retomam as políticas neoliberais, com ênfase à estabilidade financeira, redução drástica nos investimentos públicos, reorientação da política externa (com maior alinhamento aos interesses dos Estados Unidos), políticas de atração ao capital estrangeiro, reforma trabalhista com ênfase na desregulamentação, privatização e flexibilização das relações de trabalho.

Mas é preciso destacar, também, que a condição de dependência estrutural do capitalismo brasileiro (e, em consequência, do Estado brasileiro) tem resultado em limitações profundas nas ações dos governos (mesmo “governos de esquerda”), condicionadas que são pela lógica de financeirização da economia que promove uma sangria de recursos financeiros para a manutenção de uma lógica de subordinação aos interesses do capital financeiro internacional, em detrimento dos interesses das classes populares e de trabalhadores. É ilustrativo que, em 2014, 45,11% do orçamento geral da união (executado) tenham sido destinados ao pagamento de juros e amortizações da dívida pública, enquanto que para a saúde a destinação foi de apenas 3,98% e para a educação de apenas 3,73% (AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA, 2017).

Essa dependência estrutural do capitalismo no país, e as correlações de forças sociais e políticas dela decorrentes, coloca-se como questão de grande importância para a compreensão das dificuldades encontradas, a partir do governo Dilma Rousseff (2011 – 2016), para dar continuidade às políticas governamentais que conseguiram, a partir dos anos 2000, diminuir a miséria no país, melhorar a capacidade de compra do salário mínimo, criar empregos (formais), promover distribuição de renda, barrar aspectos da “onda neoliberal” dos anos 1990 (privatizações de estatais, afastamento do Estado na promoção do desenvolvimento econômico-social, enxugamento do Estado em áreas sociais) e garantir avanços institucionais na construção de políticas públicas.

O governo Dilma iniciou com resultados positivos, decorrentes da política anticíclica adotada pelo segundo governo Lula diante da crise de 2008, com a qual o governo brasileiro conseguiu viabilizar um crescimento econômico a partir de 2010, com repercussões significativas nos mercados de trabalho no país, através da redução nas taxas de desemprego, que perduraram até o final de 2014 (DWECK, TEIXEIRA, 2017). A partir de 2012, no entanto, as condições internacionais tornaram-se cada vez mais adversas para a dinâmica de desenvolvimento do capitalismo no Brasil (fortemente dependente da exportação de produtos primários). Visando manter os investimentos em políticas sociais, garantir a atuação do Estado no desenvolvimento econômico-social, o governo Dilma passou a praticar uma política econômica que confrontou interesses da fração bancária-financeira (por exemplo, através de

ações visando a redução das taxas de juros) que, somado a resultados econômicos cada vez menores (diminuição nas taxas de crescimento econômico) criaram as bases para o rompimento da aliança com amplos setores produtivos e representantes do capital no país (que aceitaram uma dinâmica de desenvolvimento econômico com distribuição de renda enquanto a economia cresceu; mas que, diante da crise, se negaram a socializar prejuízos).

Ainda que longa, nesse sentido, cabe o registro da análise sobre esses desdobramentos, realizada por Ester Dweck e Rodrigo Alves Teixeira, na qual os autores demonstram que o governo Dilma deu continuidade à política expansionista já adotada durante o segundo governo Lula (sem exageros em termos de gastos públicos), mas se utilizou de mecanismos que acirraram os conflitos distributivos:

A combinação de crescimento econômico com avanços na distribuição de renda e redução da pobreza, sem promover um rompimento com as elites, foi abalada com a forte desaceleração econômica. O conflito distributivo ficou mais exposto e as fissuras no bloco no poder [...] que vão se acirrar no governo Dilma, são fundamentais para compreender a perda de sustentação política de seu governo, o processo de impeachment, e também a recessão de 2015-2016 (DWECK, TEIXEIRA, 2017, p. 36).

Nos anos dos governos Lula e Dilma, com exceção de 2015 [...], a política fiscal atuou em direção a garantir a geração de emprego. Não por acaso, houve uma queda constante da taxa de desemprego, levando a aumentos constantes dos salários reais. Durante diversos anos, os principais acordos coletivos foram definidos com ganhos reais para os trabalhadores, que somado ao aumento real do salário mínimo, um farol para os demais salários, inclusive do setor informal, e ao baixo desemprego, permitiu um aumento da participação dos salários na renda quase ininterruptamente até 2014 [...] (IDEM, Ibid., p. 37).

No governo Dilma, entretanto, a política de redução do desemprego foi reforçada, do ponto de vista de atuação no conflito distributivo, por um dos mais decisivos atos no enfrentamento da fração bancário-financeira do capital [...]. Assim, ainda no primeiro ano de mandato de Dilma, e, inicialmente, coordenada com uma política fiscal mais contracionista, o Banco Central iniciou um ciclo de rápida redução da taxa de juros em agosto de 2011, e em 2012 houve a atuação dos bancos públicos numa forte concorrência com os bancos privados, para reduzir os *spreads* bancários (IDEM, Ibid., p. 36).

Evidentemente, os conflitos da política econômica adotada pelo governo Dilma com os interesses bancário-financeiros no país não conseguem explicar a complexidade do processo político que resultou no Impeachment de Dilma Rousseff, em 2016. É preciso que se considere outros tantos fatores, tanto internos quanto externos, de ordem econômica, mas, também, de ordem política, para uma compreensão (neste momento ainda difícil, em virtude da proximidade histórica daqueles acontecimentos) do que efetivamente se passou ainda a partir do primeiro governo Dilma e que, em 2016, com sua saída do governo, encerrou um ciclo de políticas desenvolvimentistas, através das quais o Estado brasileiro colocou-se como agente fundamental

numa dinâmica de desenvolvimento do capitalismo no país que conciliou períodos de crescimento econômico com políticas de distribuição de renda.

Para os fins da análise apresentada na presente tese, no entanto, é importante destacar as linhas gerais da condução governamental do desenvolvimento capitalista a partir dos anos 1990, numa perspectiva de construção das bases históricas a partir das quais, então, se poderá analisar a construção de políticas públicas de saúde dos trabalhadores naquele período e que, afinal, resultaram, em 2012, na criação de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, marco importante para a própria construção de políticas regionais vinculadas à saúde dos trabalhadores.

2.3 A saúde das pessoas que vivem do trabalho no contexto das transformações contemporâneas no “mundo do trabalho”

Como as transformações que ocorrem no modo de produção capitalista a partir das últimas décadas do século XX, em particular as mudanças que ocorrem no trabalho e nas formas de organização do processo de trabalho, repercutem na saúde das pessoas que vivem do trabalho? Mais especificamente no Brasil, quais são as questões principais que ocupam pesquisadores e teóricos vinculados à saúde dos trabalhadores quando analisam as mudanças que ocorrem especialmente a partir da década de 1980 na sociedade brasileira? É possível identificar tendências quando se analisam as repercussões das dinâmicas de reestruturação produtiva sobre os trabalhadores e, mais especificamente, sobre a saúde/doença dos trabalhadores?

As perguntas apresentadas no parágrafo acima indicam problemáticas que, evidentemente, não podem ser enfrentadas nos limites do estudo apresentado nesta tese de doutoramento. Até mesmo por que pensar a relação entre trabalho e saúde no contexto da reestruturação do capitalismo requer que se pense o que, efetivamente, tem ocorrido com o próprio trabalho humano; uma análise que, também, tem dificuldade (pela amplitude e pela complexidade) de ir além da apresentação de algumas tendências que, de forma contraditória, indicam o que ocorre no “mundo do trabalho” nas últimas décadas.

Nesse sentido, nesta seção deste segundo capítulo da tese serão analisadas algumas tendências sobre o que tem acontecido com o trabalho humano a partir das últimas décadas do século XX para depois, então, à luz da bibliografia existente, analisar algumas repercussões

dessas mudanças sobre a saúde dos trabalhadores.

Como afirma Ricardo Antunes a partir da experiência histórica brasileira, uma “onda enorme de desregulações nas mais distintas esferas do mundo do trabalho” foi desencadeada pelas transformações que ocorreram no capitalismo a partir das duas últimas décadas do século XX. A essa “onda” de desregulação do mundo do trabalho se somaram “transformações no plano da organização sociotécnica da produção, presenciando-se, ainda, um processo de reterritorialização e mesmo desterritorialização da produção” (ANTUNES, 2006, p. 15).

Essas transformações, no entanto, não são singulares à experiência brasileira, expressando algumas tendências que têm sido observadas em diferentes partes do planeta, inclusive nos países capitalistas centrais. Transformações que estão definindo um “novo mundo do trabalho”, onde algumas tendências já podem ser indicadas a partir dos diferentes e diversificados estudos que se ocupam com essas mudanças.

Em primeiro lugar, é importante destacar que o próprio trabalho humano, enquanto atividade humana, passou por transformações significativas, decorrentes do modo como a dinâmica do capital torna funcional aos seus interesses a revolução técnico-científica (mas, também, organizacional).

Dentre essas transformações, enfatize-se que o trabalho humano se tornou uma atividade que compreende maior conhecimento, ainda que nem todas as atividades realizadas pelos trabalhadores exijam maior conhecimento. Desde a produção numa linha de montagem até a realização de atividades com natureza mais intelectualizada, cada vez mais a tecnologia, as novas formas de organização do trabalho e da produção, as possibilidades colocadas por cada nova descoberta, a competição nos mercados, expressam uma dinâmica em que o conhecimento se tornou cada vez mais importante para ampliar a capacidade de controle sobre o trabalho e sobre a produção, mas, também, para aumentar a competitividade dos produtos e serviços.

Ainda que não alcancem todos os trabalhadores, muitas vezes inseridos em processos de trabalho onde prevalece o pouco envolvimento e a realização de atividades desprovidas de conhecimento, as transformações que ocorreram no trabalho contribuem para a criação de uma nova “cultura do trabalho”, onde se valoriza cada vez mais a expropriação do saber do trabalhador.

Uma nova cultura do trabalho que está muito bem expressa na concepção de “qualificação polivalente”, decorrente ainda do modelo japonês de controle do trabalho, que afirma a necessidade do trabalhador dispor, para a empresa, além do seu conhecimento técnico, outras “competências”, como, por exemplo, o saber-saber (participar de momentos de discussão sobre o processo de produção, onde a gerência espera que o saber operário, adquirido no cotidiano de trabalho, lhe seja disponibilizado, como forma de “racionalizar” trabalho e produção), o saber-gerencial, o saber-ser (um saber comportamental que compreende “competências” valorizadas pelo “mercado”, tais como ser competitivo, autodeterminação, precisão, receptividade, liderança, capacidade de transferência, envolvimento, disciplina, prontidão para ouvir, flexibilidade, perseverança etc.).⁷

Para os trabalhadores, essa “nova cultura do trabalho” não raras vezes resulta numa intensificação da alienação no trabalho, que se expressa na necessidade de manter-se atualizado, de incorporar (e naturalizar) um espírito de insegurança cognitiva (valorizada pelo capital, como forma de forçar o trabalhador à ampliação do que tem a lhe oferecer), ampliando seu tempo disponível (inclusive o tempo de lazer) para alcançar uma condição mínima que lhe permita manter-se enquanto proprietário de uma mercadoria (sua força-de-trabalho) de interesse ao e no “mercado”.

Em que pese a “qualificação cognitiva” do trabalho humano, um número crescente de trabalhadores (mesmo os que se esforçam para acompanhar as exigências colocadas pela lógica de “qualificação cognitiva do trabalho”) não encontra trabalho nas sociedades contemporâneas. Observa-se, em diferentes partes do planeta, um “desemprego estrutural”, que decorre das inovações tecnológicas e organizacionais, mas, também, das políticas neoliberais de estabilização econômica, de dinâmicas de mundialização do capital, do modo como empresas

⁷ Importante destacar, nesse sentido, que a partir dos anos 1990 o SENAI (Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial), uma importante referência no ensino profissional no Brasil, vinculada aos empresários industriais, adotou uma “proposta pedagógica” em seus cursos profissionalizantes, baseado num modelo chamado “Modelo Petra”. Esse modelo, desenvolvido na Alemanha, passou a orientar o desenvolvimento, em todos os cursos oferecidos, de cinco “qualificações-chave”, cada uma delas constituída por um conjunto de “competências”: qualificação-chave “organização e execução do trabalho” (competências: capacidade de autoavaliação; autossuficiência; coordenação; determinação; precisão; capacidade de planejamento; racionalização; zelo); qualificação-chave “comunicação interpessoal” (competências: cooperação; empatia; imparcialidade; objetividade na argumentação; liderança emergencial; manutenção do diálogo; integração; participação; receptividade); qualificação-chave “autodesenvolvimento” (competências: prontidão para aprender; utilização de técnicas de aprendizagem; capacidade de pesquisa; capacidade de resolução de problemas; capacidade de transferência; leitura e interpretação de desenhos e circuitos; expressão oral e escrita; leitura e interpretação de textos); qualificação-chave “autonomia e responsabilidade” (competências: consciência de segurança; envolvimento; consciência de qualidade; iniciativa; disciplina; reconhecimento próprias limitações; julgamento); qualificação-chave “resistência à pressão” (competências: capacidade de concentração; tolerância; atenção; perseverança; flexibilidade; prontidão para ouvir) (SENAI, 1992).

redefinem suas estratégias de produção e de competição no mercado. Nos últimos tempos, diferentes pesquisas têm indicado que o fenômeno do desemprego está presente mesmo nos países capitalistas centrais, que já há décadas abandonaram políticas de pleno emprego. Um desemprego que se agrava sempre que as crises financeiras condicionam mudanças nas políticas governamentais a partir da orientação neoliberal (ajustes que implicam comprometimento dos investimentos públicos, redução das políticas sociais, prioridade à estabilização financeira e à atração de investimentos do capital financeiro internacionalizado, em detrimento dos interesses dos trabalhadores). Apenas para exemplificar, se considere as taxas de desemprego na Europa durante 2017, que era igual aos 9,1% (em junho de 2017), chegando aos 17,1% na Espanha e aos 21,7% na Grécia (OBSERVADOR, 2017).

O desemprego que está presente nas sociedades contemporâneas não alcança todos os trabalhadores de uma mesma forma. Tende a atingir mais as mulheres, os jovens, os imigrantes, as pessoas com mais idade, as pessoas negras. Na Europa, por exemplo, as taxas de desemprego são significativamente maiores entre a população juvenil; na Grécia, em 2017, enquanto a taxa de desemprego na PEA era de 21,7%, entre as pessoas com menos de 25 anos chegava aos 45,5%; na Espanha, no mesmo ano, a taxa de desemprego na PEA era de 17,1%, aumentando para os 39,2% entre as pessoas com menos de 25 anos (OBSERVADOR, 2017). No caso brasileiro, as pesquisas do DIEESE também indicam índices superiores de desemprego entre jovens, mulheres, população negra: na região metropolitana de São Paulo, por exemplo, em 2016 a taxa de desemprego era de 19,4% entre a população negra e de 15,2% entre a população não negra; no mesmo ano e na mesma região metropolitana, a taxa de desemprego entre os homens era de 15,5% e entre as mulheres 18,3% (DIEESE, 2017); em 2009, 46,7% dos desempregados na região metropolitana de Belo Horizonte, 48,3% na região metropolitana de Fortaleza, 49% na região metropolitana do Distrito Federal, 36,% na região metropolitana de Salvador e 43% na região de São Paulo eram jovens (IDEM, 2012).

O desemprego, como assinalava ainda durante a década de 1990 Viviane Forrester (num livro com nome sugestivo, “o horror econômico”), não é em si “nefasto”, “mas o sofrimento que ele gera e que para muitos provém de sua inadequação àquilo que o define, àquilo que o termo ‘desemprego’ projeta” (FORRESTER, 1997, p. 10). Até mesmo porque o desemprego (estrutural) não é um fenômeno que atinge o indivíduo, mas a coletividade:

Um desempregado, hoje, não é mais objeto de uma marginalização provisória, ocasional, que atinge apenas alguns setores; agora, ele está às voltas com uma implosão geral, com um fenômeno comparável a tempestades, ciclones e tornados, que não visam ninguém em particular, mas aos quais ninguém pode resistir. Ele é objeto de uma lógica planetária que supõe a supressão daquilo que se chama [...]

empregos (IDEM, Ibid., p. 11).

Situação que ganha ainda maiores proporções quando se percebe que, no contexto histórico de afirmação do padrão flexível de acumulação, os próprios indivíduos são responsabilizados pelas violências que a sociedade impõe e, nesse sentido, os desempregados, “vítimas” do desaparecimento de empregos:

[...] são tratados e julgados pelos mesmos critérios usados no tempo em que os empregos eram abundantes. Responsabilizados por estarem desprevenidos, eles são ludibriados, acalentados por promessas falaciosas anunciando o pronto restabelecimento daquela abundância e a pronta reparação das conjunturas prejudicadas por alguns contratemplos.

Resulta daí a marginalização impiedosa e passiva do número imenso, e constantemente ampliado, de “solicitantes de emprego” que, ironia, pelo próprio fato de se terem tornado tais, atingiram uma norma contemporânea; norma que não é admitida como tal nem mesmo pelos excluídos do trabalho, a tal ponto que estes são os primeiros a se considerar incompatíveis com uma sociedade da qual eles são produtos mais naturais. São levados a se considerar indignos dela, e sobretudo responsáveis pela sua própria situação, que julgam degradante (já que degradada) e até censurável. Eles se acusam daquilo que são vítimas. Julgam-se com o olhar daqueles que os julgam, olhar esse que adotam, que os vê como culpados, e que os faz, em seguida, perguntar que incapacidade, que aptidão para o fracasso, que má vontade, que erros puderam leva-los a essa situação [...] FORRESTER, 1997, p. 11-12).

Para muitos trabalhadores que vivenciam o desemprego não resta alternativa senão a inserção em ocupações precárias, na informalidade ou, então, em empregos temporários, de meio-expediente, por tempo determinado. Como já foi indicado neste capítulo a partir da experiência brasileira, especialmente em períodos em que o desemprego aumenta o mercado informal também se mostra muito expressivo, alcançando taxas superiores ao cinquenta por cento em algumas regiões metropolitanas (dentre a PEA). Mas, certamente, esse já não é mais um fenômeno presente nas “periferias” do capitalismo, pois mesmo nos países capitalistas centrais a precarização nos empregos tem atingido um número crescente de trabalhadores. Manuel Castells, no final dos anos 1990, analisando as repercussões da “sociedade em rede” no trabalho e nos mercados de trabalho, já indicava essa situação:

Tendências para a flexibilidade – motivadas pela concorrência e impulsionados pela tecnologia – fundamentam a atual transformação dos esquemas de trabalho. As categorias de trabalho que mais crescem são o trabalho temporário e o trabalho de meio-expediente. Em alguns países, como a Itália e o Reino Unido, mais uma vez, o trabalho autônomo está se tornando um componente substancial da força de trabalho. dessa forma, no RU, berço da Revolução Industrial que liderou o processo histórico de assalarição e estandardização do trabalho, a pesquisa de 1993 sobre a força de trabalho [...] indicou que 38% das pessoas empregadas não tinham empregos permanentes em horário integral: a maior parte desse grupo era formada por trabalhadores de meio-expediente (85% dos quais eram mulheres), que representavam 23,9% da população empregada. Tanto a OCDE quanto a OIT relatam que o trabalho

de meio-expediente aumentou durante a década de 80 em praticamente todos os países desenvolvidos, subindo cerca de 30% e alcançando 50 milhões de trabalhadores, dos quais 40% estavam na América do Norte [...] (CASTELLS, 1999, p. 286).

Esse é um contexto histórico em que, para contingentes enormes de trabalhadores, a precarização e a insegurança têm se tornado cada vez mais presentes, definindo suas trajetórias profissionais e suas condições de vida. Como afirma István Mészáros:

[...] o que torna a situação grave é que a precarização e a insegurança [...] avançam por toda a parte no mundo do trabalho: “o trabalho sem garantias e mal pago está se alastrando como uma mancha de óleo, ao passo que mesmo o trabalho mais estável está sofrendo uma pressão em direção à intensificação sem precedentes à plena disponibilidade para uma submissão aos mais diversificados horários de trabalho” (MÉSZÁROS, 2006, p. 37).

Trabalhadores que vivenciam essas experiências de precarização e de insegurança, certamente, têm em suas trajetórias profissionais a perda de direitos (para aqueles que são obrigados ao deslocamento de um trabalho protegido por lei para condições mais distantes de uma legislação), remunerações comprometidas, efemeridade nas formas de inserção e, mesmo, nas condições de trabalho. É importante registrar, nesse sentido, pelo simbolismo que representa, que no momento em que essa tese era escrita, a aprovação de uma reforma trabalhista no Brasil tornou legal o “trabalho intermitente”, um tipo de emprego que, como enfatizado por István Mészáros, torna o trabalhador um indivíduo disponível para submissão a diferentes horários de trabalho.⁸ A descontinuidade no trabalho, a efemeridade nas experiências de trabalho, a fragilidade nos laços sociais estabelecidos nas comunidades de trabalho, a insegurança quanto às novas formas de inserção no mercado de trabalho, as dificuldades de planejamento a médio e longo prazos, são condições existenciais que se tornam cada vez mais próximas desses trabalhadores.

Além do desemprego e da precariedade nos empregos, os mercados de trabalho, em diferentes partes do planeta, estão caracterizados por diferentes formas de segregação (que atinge, como indicado, principalmente, jovens, população negra, imigrantes, mulheres, pessoas com mais idade), “pela inclusão precoce e criminosa de crianças”, pelo aumento significativo do trabalho feminino (“que atinge mais de 40% da força de trabalho em diversos países

⁸ “Considera-se como intermitente o Contrato de Trabalho no qual a prestação de serviços, com subordinação, não é contínua, ocorrendo com alternância de períodos de prestação de serviços e de inatividade, determinados em horas, dias ou meses, independentemente do tipo de atividade do empregado e do empregador, exceto para os aeronautas, regidos por legislação própria” (Contrato de Trabalho Intermitente. In: <http://www.guiatrabalhista.com.br/tematicas/contrato-de-trabalho-intermitente.htm>).

avançados”), pela expansão do “trabalho no denominado ‘Terceiro Setor’” (trabalho “com perfil mais comunitário, motivadas predominantemente por formas de trabalho voluntário”), pela expansão do trabalho em domicílio, por dinâmicas de desterritorialização e de reterritorialização do trabalho (decorrentes do deslocamento produtivo promovido pelo capital, que faz com que regiões de trabalho apareçam e outras desapareçam), pela redução do trabalho industrial e o crescimento de diferentes formas de emprego no setor de serviços (ANTUNES, 2005, p. 28-31).

Em relação a essa última questão, nos países capitalistas centrais desde a segunda metade do século XX se observa uma diminuição dos empregos industriais e o crescimento dos empregos nos “serviços” (que, na verdade, compreende um leque enorme de ocupações, com naturezas diferentes, desde serviços pessoais, como o corte do cabelo, passando por “serviços sociais” – educação, saúde, lazer etc. – até serviços relacionados à produção, tais como os serviços bancários, seguros, engenharia, contabilidade, assessoria jurídica etc.). Assim, por exemplo, nos Estados Unidos os empregos na indústria de transformação representavam 33,1% do total de empregos existentes em 1970, diminuindo para 29,6% em 1980 e para 24,7% em 1990; no Reino Unido, os empregos industriais representavam 46,7% em 1970, diminuindo para 27,3% em 1990; na Alemanha, os empregos industriais compreendiam 49% do total de empregos em 1970, diminuindo para 40,3% em 1987 (CASTELLS, 1999, p. 306 e seg.); por outro lado, considerando também o período entre 1970 e 1990, os empregos em atividades de serviços aumentaram a participação no total de empregos: de 62,7% para 71,8% nos Estados Unidos; de 46,3% para 55,6% na Alemanha; de 49,5% para 69,3% no Reino Unido (IDEM, *Ibid.*, p. 306 e seg.). Na mesma direção, no Brasil, nos anos 1970 os empregos em atividades agropecuárias representavam 30,8% e diminuíram para 20,9% em 1990; naquele mesmo período, os empregos em atividades industriais também diminuíram (de 27,5% para 19,6%) enquanto os empregos em atividades de serviços aumentaram de 41,7% para 59,5% (POCHMANN, 2001, p. 58).

Essas mudanças históricas nos empregos entre os diferentes setores da economia, sob o ponto de vista dos trabalhadores, não raras vezes implica necessidades relacionadas à “recolocação profissional”, uma categoria que pode ser utilizado para analisar as demandas que se colocam para os trabalhadores em virtude das inovações tecnológicas e organizacionais (a necessidade de desenvolver “competências” valorizadas em ambientes “japonizados” de trabalho, por exemplo), mas, também, em virtude de movimentos de deslocamento entre atividades de naturezas diferentes (como é o caso dos agricultores que, em virtude do êxodo

rural, migram para as cidades; ou dos trabalhadores que perdem seus empregos na indústria e passam a trabalhar nos serviços). Num processo contraditório que, ao mesmo tempo, compreende esforços no sentido de aumentar conhecimentos, experiência profissional, habilidades profissionais, escolaridade etc. e desgaste físico, mental, intelectual em busca de melhores condições de “competitividade no mercado”.

Se até neste momento a análise de algumas tendências presentes no “mundo do trabalho” a partir das últimas décadas do século XX enfatizou mudanças nos mercados de trabalho e nas formas de inserção dos trabalhadores nos mercados de trabalho, é importante destacar, também, que no “interior dos muros das fábricas”, nos locais de trabalho, transformações significativas também ocorrem. Não sem contradições, pois qualquer leitura apologista quanto às repercussões positivas das inovações tecnológicas e organizacionais sobre o trabalho e sobre os trabalhadores não passa de discurso ideológico que encobre a complexidade das mudanças ocorridas; assim como qualquer análise que queira enfatizar somente a negatividade dessas mudanças incorre no mesmo equívoco.

Sobre essa questão há uma bibliografia que se constitui há décadas, a partir de diferentes perspectivas teórico-metodológicas, diferentes abordagens em termos de procedimentos metodológicos, diferentes referências empíricas (países, regiões, setores econômicos, empresas, setores dentro de empresas etc.). Uma análise atenta à complexidade desse processo de mudança, no entanto, precisa considerar as dinâmicas contraditórias de transformações tecnológicas e organizacionais que as empresas capitalistas promovem em suas unidades de produção, nos locais onde organizam os processos de trabalho.

Como tendência geral, o processo de produção e de trabalho têm modificado em função da introdução/adaptação de novas tecnologias e de novas ferramentas organizacionais, essas últimas muitas vezes vinculadas às inovações organizacionais que remontam a experiência japonesa de organização do processo de trabalho a partir da segunda metade do século XX. Mas, como a bibliografia especializada tem enfatizado desde os anos 1990 no Brasil, é preciso atentar para as estratégias empresariais nos locais de trabalho, para os setores econômicos, para as regiões, onde são possíveis encontrar singularidades e particularidades nas aplicações/adaptações de novas tecnologias e estratégias de inovação organizacional, mas, também, nas formas como as inovações repercutem nas condições de trabalho dos trabalhadores (a partir de suas idades, sexo, escolaridade etc.).

Para o caso brasileiro, certamente um estudo recente e importante nesse sentido foi organizado por Ricardo Antunes a partir da primeira década deste século XXI. Editado em três volumes a partir de 2006, o referido estudo reúne grande número de artigos, muitos dos quais resultados de pesquisas realizadas em diferentes regiões do país, a partir da referência empírica de diferentes setores econômicos (ANTUNES, 2006; IDEM, 2013; IDEM, 2014). Apenas para ilustrar a diversidade e a complexidade nas inovações tecnológicas e organizacionais, a seguir são referidos três textos das obras organizadas por Ricardo Antunes: o texto de Isabella Jinkings e Elaine Regina Aguiar Amorim, sobre a “produção e desregulamentação na indústria têxtil e de confecção”; o texto de Andréia Farina de Faria e Fabiane Santana Previtali, sobre a “reestruturação produtiva, relações interfirmas e trabalho no setor fumageiro no Brasil a partir da década de 1990”; e o texto de Eurenice Lima, sobre “a inspiração japonesa e os caminhos do consentimento” numa empresa da Toyota no Brasil.

O texto de Isabella Jinkings e Elaine Regina Aguiar Amorim analisa “a situação na indústria têxtil e de confecção” no Brasil, tomando como referências empíricas as próprias pesquisas realizadas pelas autoras na indústria têxtil no estado de Santa Catarina, mas, também, estudos realizados sobre o setor no país e uma pesquisa realizada sobre a multinacional Levi Strauss do Brasil (JINKINGS, AMORIM, 2006, p. 337). No texto, as autoras fazem uma ampla apresentação do setor têxtil no Brasil, bem como das dinâmicas de reestruturação produtiva no setor; para os fins da análise aqui apresentada, porém, cabe apenas o registro de aspectos da análise realizada pelas autoras.

Ao analisar o processo de reestruturação produtiva na indústria têxtil catarinense, as autoras indicam que principalmente as grandes empresas do setor introduziram (a partir dos anos 1990) novas tecnologias e promoveram “drásticas alterações no processo e na organização do sistema produtivo”. Em relação às inovações tecnológicas destacam os “teares circulares automáticos com controle computadorizado” na malharia, as “máquinas novas com dispositivos eletrônicos na caldeiraria e tinturaria”, as máquinas com controle computadorizado na peluciadeira, no corte de malhas, o sistema CAD/CAM no setor de estilismo e no setor de bordado, o uso de teares a jato de ar com componentes de microeletrônica nas tecelagens de tecidos lisos (IDEM, Ibid., p. 346). Simultaneamente, novos padrões organizacionais foram adotados: a implantação de programas de controle de qualidade total e just-in-time, com as consequentes estratégias empresariais de mobilização dos trabalhadores visando a cooptação desses na cultura organizacional implantada; a reorganização espacial das fábricas e a implantação de células de produção, havendo nessas células de produção novos e intensos

mecanismos de controle sobre o trabalho individual e coletivo; a terceirização (JINKINGS, AMORIM, 2006, p. 346 e seg.). Segundo as autoras, todas as mudanças ocorridas nas formas de organização do trabalho e da produção “acarretam mudanças expressivas nas condições de trabalho”:

[...]. Uma brutal redução do tempo no processo produtivo tem incrementado sobremaneira a produtividade do trabalho. Além disso, houve um aumento do número de máquinas controladas por cada trabalhador, ocasionando uma aguda intensificação do ritmo de trabalho. Ressalte-se, ainda, a pressão cotidiana por metas de produtividade, numa conjuntura de insegurança generalizada diante da constante ameaça da perda do emprego [...].

Com efeito, é unanimidade entre os representantes empresariais a importância de o trabalhador não parar de estudar. Há, entretanto, distinções importantes em termos de política de incentivos. Enquanto uma grande empresa reembolsa 50% dos custos de cursos (superior, mestrado, idiomas, informática) de seus funcionários, outras empresas, também, grandes, somente pressionam seus trabalhadores sem que estes tenham possibilidades financeiras mais concretas para buscar maior qualificação [...] (IDEM, Ibid., p. 349-50).

A situação referida pelas autoras a partir da experiência da Levi Strauss do Brasil não é nada diferente se considerado o controle e a subordinação a que estão submetidos os trabalhadores e as trabalhadoras. Um controle e uma subordinação que, no relato das autoras, tem início desde o momento em que os trabalhadores são contratados pela Levi Strauss:

Após a admissão, o critério fundamental para as funcionárias permanecerem na empresa era alcançar um índice de 99% de qualidade e um mínimo de 75% de produtividade. Essa porcentagem deveria atingir, progressivamente, o intervalo entre 90 e 100% [...]

[...].

Para obter esse desempenho, todas as trabalhadoras admitidas passavam por um treinamento de três meses, realizado na própria produção, pelas treinadoras e supervisoras.

[...].

Para alcançar as metas de produtividade, a produção era organizada de tal modo que facilitasse o aumento do ritmo de trabalho e eliminasse os movimentos desnecessários [...].

[...].

Aliás, “cuidadasas” e “minuciosas” poderiam ser os adjetivos atribuídos às costureiras da Levi Strauss por garantirem o padrão de qualidade da empresa. Para se ter uma ideia do rigor ao qual as trabalhadoras estavam submetidas, elas costuravam seguindo medidas padronizadas, sem poder se desviar do intervalo milimétrico determinado para cada parte da calça. Após a confecção, os artigos eram inspecionados por uma inspetora de qualidade, responsável pela fiscalização completa de todas as peças [...] e, em seguida, eram fiscalizados por uma auditoria final. Todos esses cuidados com a produção deveriam ser tomados a cada instante que se tinha em mãos uma nova peça e, ao mesmo tempo, deveriam ser feitos com a rapidez necessária para atingir o índice de produtividade (JINKINGS, AMORIM, 2006, p. 371-72).

Esses registros dos estudos e reflexões realizados por Isabella Jinkings e Elaine Regina Aguiar Amorim no setor de confecções, ainda que não contemplem a amplitude dos mesmos, já são suficientes para a compreensão de aspectos fundamentais da lógica de reestruturação produtiva presente, desde os anos 1990, na indústria da confecção no Brasil. Um setor econômico cuja produção, como é amplamente conhecido, é realizada principalmente por mulheres; e que adota tecnologias e “novas formas de gestão” do processo de trabalho que, em que pese os discursos de maior envolvimento, maior democratização no processo de trabalho, maior qualificação profissional, ambientes mais motivadores, em última instância perseguem sempre um maior controle fabril, submetendo trabalhadores e trabalhadoras a uma lógica de intensificação do trabalho e da produção.

O texto de Andréia Farina de Faria e Fabiane Santana Previtali sobre o setor fumageiro no Brasil também é ilustrativo de dinâmicas de reestruturação produtiva que empresas realizam no Brasil. No texto, as autoras apresentam dados que permitem uma análise do “panorama do setor fumageiro no Brasil”, indicam que as empresas fumageiras, desde os anos 1990, adotam programas de qualidade total, just-in-time, flexibilização de jornadas de trabalho (banco de horas) (FARIA, PREVITALI, 2013, p. 261) e analisam a reestruturação produtiva numa fábrica de cigarros da Souza Cruz, localizada em Uberlândia, Minas Gerais.

Segundo as autoras, o início do processo de reestruturação produtiva nas fábricas de cigarros da Souza Cruz compreendeu inovações tecnológicas, terceirizações, inovações organizacionais, realocação geográfica, permitindo que a produção realizada em fábricas localizadas em Porto Alegre, Rio de Janeiro, São Paulo, Recife, Belo Horizonte, Belém e Salvador fosse “completamente assumida pela fábrica de Uberlândia, inaugurada em 1978 com equipamentos de alta tecnologia” (IDEM, Ibid., p. 263). Nessa última fábrica, as inovações tecnológicas e organizacionais realizadas garantiram que, no período entre 1995 e 2007, o número de trabalhadores fosse reduzido “em mais de 50%, de 2.045 para 960 funcionários (IDEM, Ibid., p. 262). Sob o ponto de vista das implicações dessas mudanças para os trabalhadores, cabe o registro do próprio texto das autoras:

A reestruturação também teve reflexos sobre a estrutura organizacional do trabalho [...] com a introdução do trabalho em equipes [...]. As transformações acarretadas pelo trabalho em equipe significam fundamentalmente uma redistribuição de tarefas, antes desempenhada pelos gerentes ou supervisores. Nesse sentido, tais mudanças demandam novas exigências de qualificação, mas, por se tratar de necessidades específicas, essa qualificação é promovida pela própria empresa [...].

[...].

No entanto, no que tange a qualificação, idade e sexo, pudemos observar como tendência geral uma mudança no perfil da força de trabalho contratada. O aumento da

escolaridade formal dos trabalhadores é uma constante [...].

Os trabalhadores mais jovens, com pouca experiência, também são preferidos na hora da contratação, uma vez que os treinamentos internos podem levar a uma formação sem vícios, em conformidade com os ideais da empresa.

[...].

A força de trabalho feminina foi drasticamente reduzida, apenas as trabalhadoras mais qualificadas, que já haviam passado por um longo período de formação interna, permaneceram. Os setores em que a força de trabalho feminina era majoritária [...] já não apresentam a mesma proporção entre homens e mulheres: na década de 1990, as mulheres representavam cerca de 90% da força de trabalho no chão da fábrica, índice que caiu para 30% nos anos 2000. Não por acaso, constatamos que o trabalho feminino cresceu no regime de contrato temporário, sem estabilidade ou direitos, e remuneração inferior (FARIA, PREVITALI, p. 264-65).

São passagens que têm força própria, tanto no que diz respeito à indicação de tendências no processo de reestruturação produtiva no setor fumageiro, desde os anos 1990, quanto no que diz respeito às singularidades das dinâmicas de reestruturação e as formas diferenciadas como repercutem nos e entre os trabalhadores/trabalhadoras.

Por fim, o texto de Eurenice Lima sobre a empresa da Toyota no Brasil tem grande importância para uma análise de como uma empresa japonesa adota seus princípios de controle sobre o trabalho e sobre os trabalhadores em diferentes contextos geográficos e culturais. Sem pretensão de dar conta de toda a análise apresentada pela autora, cabe o registro da análise de uma “continuidade” (em relação à experiência da Toyota no Japão) encontrada na empresa Toyota instalada em Indaiatuba, estado de São Paulo, relacionada à existência de trabalho em equipe e de líderes das equipes, pela autora denominados “expert (EX)” (LIMA, 2006, p. 132). O líder expert EX identifica um tipo de trabalhador multifuncional, que tem ampla capacitação e que exerce liderança entre os trabalhadores; segundo a autora, esse trabalhador é “um elo – selecionado e indicado pelas hierarquias – entre os outros níveis da direção e o ‘chão de fábrica’. Ele amortece os descontentamentos e incita os outros trabalhadores ao engajamento” (IDEM, Ibid., p. 132). Para tanto, ele precisa ser treinado e aperfeiçoar sua capacidade de “liderança”, o que ocorre através da participação “de muitas reuniões na sala de convenções, nas quais aprende as técnicas de envolvimento e, principalmente, que ‘não deve confiar em peão’; sua escolha segue mais ou menos o mesmo roteiro:

[...] identificam o operador que tem alguma liderança e tiram-no da linha. Em troca da promoção, a liderança é afastada dos companheiros, ganha um salário maior e se aproxima dos encarregados e dos supervisores, além de receber cursos de liderança motivacional. Aprende a não ter vínculos explícitos de solidariedade com os funcionários (LIMA, 2006, p. 132).

Mas o “líder EX” é preparado, também, para ser uma liderança política, dentro da estratégia implicada no modelo japonês de esvaziamento da mobilização dos trabalhadores e da intervenção da própria empresa na definição de suas lideranças políticas. Nesse sentido, Eurenice Lima indica que os operadores multifuncionais que tiveram atuação política destacada numa paralisação que ocorreu na Toyota de Indaiatuba em 1999 foram promovidos a EX; havendo indicação, ainda, que a CIPA na empresa é utilizada para os mesmos fins (IDEM, *Ibid.*, p. 135). A análise da autora, então, permite concluir acerca das estratégias de envolvimento e de “participação” dos trabalhadores no processo produtivo:

Nesse sentido, podemos afirmar que não é a união para propor melhorias para o trabalhador no seu local de trabalho que mobiliza a reflexão para a realização do kaisen – não é disso que se trata -; pode até existir, mas como efeito indireto. As modificações que os trabalhadores fazem só são aceitas se houver um retorno econômico para a empresa. Esta manipula o interesse do trabalhador sobre o seu trabalho, de forma a inverter essa capacidade de reflexão apenas para encontrar saídas para os problemas de gestão da produção. A sucção do trabalho intelectual é continuamente atualizada e sempre direcionada para diminuir custos, retirando a energia da formação de uma consciência que pudesse questionar as condições de trabalho minimizadoras do sofrimento imposto pelo sistema Toyota (IDEM, *Ibid.*, p. 136).

Certamente, os três exemplos de análise apresentados não dão conta da diversidade e da complexidade das dinâmicas de reestruturação produtiva que as empresas capitalistas, num contexto do padrão flexível de acumulação do capital, promovem. Como afirmado anteriormente, há uma bibliografia muito grande que analisa esse processo histórico, inclusive considerando o modo como os trabalhadores vivenciam contextos de reestruturação produtiva, numa dialética de dominação – sujeição – resistência – mobilização.

De qualquer forma, os exemplos utilizados, somados à análise anterior, permitem assinalar algumas direções acerca do que ocorre com o trabalho e com os trabalhadores nesse contexto de transformações para, então, analisar também como essas transformações repercutem no binômio saúde/doença dos trabalhadores.

Nesse sentido, é importante destacar que essa discussão (repercussões de dinâmicas de reestruturação produtiva sobre a saúde dos trabalhadores) também não permite reflexões simples, em virtude de sua complexidade e da amplitude de questões que envolve. No caso brasileiro, por exemplo, não é demais lembrar que as questões relacionadas à saúde dos trabalhadores, principalmente a partir da década de 1990, são contextualizadas, por um lado, pelo movimento contraditório do Estado brasileiro, no sentido de construir uma política nacional de saúde dos trabalhadores, e, por outro lado, pelo processo mesmo de reestruturação

produtiva e econômica.

Lado a lado e em disputa, portanto, colocam-se interesses que pretendem tornar a saúde dos trabalhadores uma questão pública, redefinindo concepções e formas de intervenção do Estado, numa perspectiva não somente de controle, de prevenção, mas, também, da própria necessidade de discussão das condições de trabalho que, afinal, repercutem na saúde dos trabalhadores; e interesses que, a partir de uma lógica de redefinição das condições de acumulação do capital, resistem à participação do Estado como mecanismo de controle social e de democratização, apostam numa lógica de desregulamentação, de privatização, de flexibilização das relações de trabalho (portanto, também das questões relacionadas à saúde dos trabalhadores), defendendo a individualização das relações sociais. Essas tensões e esses conflitos constituem o contexto histórico brasileiro a partir dos anos 1990, período que marca o próprio processo político que resultou, já no século XXI, na construção de uma “política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora” (cuja presença da indicação de um corte de gênero na própria definição da política – política do “trabalhador” e da “trabalhadora” – é expressão dos conflitos, das mobilizações, dos interesses e das concepções em disputa sobre saúde dos trabalhadores).

De qualquer forma, na bibliografia que investiga questões relacionadas à saúde dos trabalhadores é possível identificar, em primeiro lugar, análises que atentam para o fato de que, mesmo em contextos de democratização, as orientações neoliberais representam resistências na construção de políticas públicas capazes de dar conta dos diferentes níveis de atenção à saúde dos trabalhadores: a vigilância, incluindo aqui as ações destinadas à caracterização das situações de riscos e perigos inerentes aos processos de trabalho, com a conseqüente promoção de políticas visando o adequado controle dessas situações; a assistência à saúde, compreendendo serviços de acolhimento, atenção, condutas clínicas e ocupacionais, sistema de benefício; a abordagem aos determinantes sociais, econômicos, culturais que repercutem negativamente na saúde dos trabalhadores.

No caso brasileiro, embora os avanços institucionais alcançados a partir da Constituição de 1988, com a criação do SUS e suas repercussões para a discussão e a implementação de políticas públicas de saúde dos trabalhadores, as perspectivas neoliberais adotadas pelos governos a partir dos anos 1990 têm comprometido não somente o financiamento das ações, a organização dos serviços, a politização da temática, mas, também, a própria afirmação da saúde do trabalhador como uma política pública, na medida em que apostam numa lógica de mercado que tende a desqualificar o controle público e democrático das questões relacionadas à saúde

dos trabalhadores. Como afirmam Danilo Costa, Francisco Antonio de Castro Lacaz, José Marçal Jackson Filho e Rodolfo Andrade Gouveia Vilela:

Diante do que ocorre nos processos produtivos [...], sob a ótica do papel do Estado, observam-se falhas e contradições na sua ação de regulação pública, uma de suas funções essenciais. Assiste-se a uma completa desintegração e afastamento entre as instâncias econômicas que envolvem interesses industriais e agrícolas[...] e as instâncias que atuam sobre tais efeitos e tentam controlá-los, como é o caso da ação dos setores trabalho, saúde, previdência social e meio ambiente [...]. Até mesmo estas últimas, diretamente ligadas à proteção da sociedade e do meio ambiente, estão igualmente desintegradas, inexistindo no país ações articuladas intersetoriais em prejuízo das ações preventivas [...].

Assim, no âmbito das políticas públicas, a despeito de movimentos ambíguos e contraditórios, prevalecem medidas com o objetivo de desproteger e desregular a força de trabalho, colocando-a no mesmo patamar de outras mercadorias, à mercê das leis do mercado global [...].

Nesta lógica, as empresas, com conivência e participação de governos de diferentes matizes, tentam afastar o Estado e a sociedade da regulação das relações de trabalho e, no seu lugar, propõem o controle pela via de sistemas voluntários de certificação, como as normas ISO, isto é, a ISO 9000 de qualidade, a ISO 14000 de gestão ambiental e a ISO 18000 de saúde e segurança. Tais sistemas de certificação são concebidos em território meramente mercadológico, controlados pelas empresas para servir aos seus interesses, uma vez que os processos decisórios excluem a participação das entidades públicas e da sociedade civil na regulação de assuntos de interesse público e essencialmente coletivo [...]. (COSTA et. al., 2013, p. 15).

Há de se destacar, também, que não somente a bibliografia especializada, mas, também, diferentes instituições políticas e sociais têm se preocupado com os registros dos agravos relacionados ao trabalho. Registros esses que ganham visibilidade nos dados divulgados pela OIT, que procuram mapear situações de doenças relacionadas ao trabalho em todo o planeta. Em 2014, por exemplo, esses dados davam conta de que, a cada ano, 2,3 milhões de trabalhadores morrem por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; e a cada dia 01 milhão de trabalhadores sofrem acidentes de trabalho, 1.000 morrem por acidentes e 5.600 por doenças ocupacionais (XX WORLD CONGRESS ON SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2014). Fazendo um paralelo entre o Brasil e América Latina, em 2011, segundo a OIT, as doenças relacionadas ao trabalho no Brasil totalizaram 41.422 casos e na América Latina 111.749; quanto à mortalidade ocupacional total, na América Latina foram registrados 130.182 e no Brasil 47.952; os acidentes fatais totalizaram na América Latina 18.433 e no Brasil 6.529; as causas das doenças ocupacionais no Brasil e América Latina foram as circulatórias relacionada ao trabalho (América Latina 46.232 e Brasil 17.137), câncer ocupacional (América Latina 43.931 e Brasil 16.284), doenças relacionadas ao trabalho (América Latina 6.972 e Brasil 2.584), doenças respiratórias (América Latina 7.649 e Brasil 2.835) (OIT, 2009).

Em que pese a grandeza desses números, e a preocupação com o aperfeiçoamento de instrumentos de registros sobre saúde e doenças relacionadas ao trabalho, é possível identificar um sentimento de dificuldades nesse processo, expresso pela constatação de que as doenças relacionadas ao trabalho, por diferentes razões, são subnotificadas. No caso brasileiro, apesar da legislação prever, inclusive, condenação penal pela não notificação de doenças relacionadas ao trabalho, e apesar dos avanços no sentido de estruturar um sistema de registros, conta-se ainda que as doenças relacionadas ao trabalho estão distantes de um conhecimento mais preciso.

Atualmente, é difícil estimar a magnitude dos acidentes fatais ocorridos em situação de trabalho, visto que algumas fontes de informações limitam seus dados a populações circunscritas de trabalhadores. Além disso, nos ambientes de trabalho, a comunicação do acidente sofre as restrições dos contratos de trabalho fragilizados, nos casos da mão-de-obra terceirizada e outros.

Os profissionais da área, incluindo os auditores fiscais e os profissionais da vigilância em saúde do trabalhador, enfrentam dificuldades para avaliar os ambientes de trabalho e acessar os arquivos das empresas.

Soma-se aos fatores citados a parcela significativa de trabalhadores descoberta pela Previdência Social e não contemplada nas estatísticas oficiais de acidentes de trabalho. Ora, os acidentes de trabalho podem atingir tanto a população previdenciária (vinculada ao INSS) quanto a não previdenciária. Portanto, subestima-se o número de acidentes fatais de trabalho ao se analisarem apenas os dados disponibilizados pelos órgãos oficiais.

Não se pode negar que a própria estrutura do sistema de vigilância epidemiológica é muito mais direcionada às doenças infectocontagiosas, o que contribui para a manutenção da dificuldade em construir informações sobre a situação de saúde dos trabalhadores no Brasil. No conjunto, a mão-de-obra sem cobertura de proteção social e o sub-registro colocam sob suspeita a qualidade, a fidedignidade e a cobertura dos dados oficiais sobre acidentes de trabalho (CORREA, ASSUNÇÃO, 2003, p. 204).

No que diz respeito propriamente às repercussões das dinâmicas de reestruturação produtiva sobre a saúde dos trabalhadores, para muitos pesquisadores há a compreensão de que, no contexto do padrão flexível de acumulação capitalista, surge um “novo mapa de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho”, com novas enfermidades e novos desafios, típicos das formas contemporâneas de organização do trabalho e da produção. Tanto nas grandes empresas, onde são mais intensas as inovações tecnológicas e organizacionais e os trabalhadores são mais expostos à flexibilização e à intensificação do ritmo de trabalho, num quadro de multifuncionalidade, polivalência, pressão por maior produtividade; quanto nas situações em que os trabalhadores atuam com vínculos empregatícios diversificados, vivenciando condições precárias de trabalho, sofrendo as consequências da limitada incorporação tecnológica, de longas jornadas de trabalho, muitas vezes de despóticas relações de trabalho (ANTUNES; PRAUN, 2015).

A pressão por cada vez maior produtividade, com o consequente controle e racionalização das atividades laborativas, expressando “a obsessão dos gestores do capital em eliminar completamente os tempos mortos dos processos de trabalho, tem convertido, paulatinamente, o ambiente de trabalho em espaço de adoecimento” (IDEM, *Ibid.*, p. 414). No atual contexto histórico, as estratégias utilizadas pelas empresas capitalistas visando racionalizar seus processos produtivos têm como pressuposto o aumento da capacidade de competir no mercado, não necessariamente considerando os interesses, os desejos, as condições de vida e de trabalho dos que nelas trabalham. Para atingir suas metas, as empresas buscam uma atuação com o mínimo de trabalhadores, investimento em tecnologias e organização para intensificar o ritmo de trabalho dos que permanecem, estipulando metas individuais, muitas vezes inatingíveis.

Apesar das transformações tecnológicas e organizacionais potencializarem sonhos de redução de jornada de trabalho e de melhoria nas condições de trabalho, as tendências históricas, no contexto de dinamização das relações sociais capitalistas de produção, indicam aumento das jornadas de trabalho, demissões de trabalhadores, redução no número de trabalhadores que têm uma condição mais estável de trabalho, constituindo um contexto de “desestabilização do mundo do trabalho” e “desregulamentação social” (FRANCO; DRUCK; SELIGMA-SILVA, 2010, p. 231).

Dados da OIT indicam que um em cada cinco trabalhadores no planeta cumpre uma carga horária semanal acima de 48 horas (limite máximo orientado pelos tratados internacionais) (OIT, 2011). No caso brasileiro, a legislação trabalhista brasileira, desde a década de 1980, orienta que a carga horária semanal não ultrapasse “oito horas diárias e 44 horas semanais”; no entanto, na década de 1990 foram criados mecanismos legais de flexibilização das jornadas de trabalho, podem as empresas utilizarem desse expediente de acordo com suas necessidades produtivas (TEIXEIRA, 2014, p. 36). A realidade histórica, portanto, indica que não há uma “cultura do horário”, especialmente em situações caracterizadas pela necessidade de dar conta de metas preestabelecidas, ou pela necessidade de atender às demandas do mercado; situações essas nas quais os trabalhadores precisam intensificar suas atividades, tanto sob o ponto de vista da maior produtividade quanto do ponto de vista de um maior tempo voltado ao aumento da produtividade, resultando disso uma “superexploração da força de trabalho e consequentemente nova relação entre mais valia absoluta (prolongamento e intensificação do trabalho) e mais valia relativa (novas tecnologias informáticas e telemáticas)” (ALVES, 1999, p. 164).

Embora as condições de precarização alcancem os trabalhadores de forma diferenciada, é importante destacar que se trata de um fenômeno que, sob o ponto de vista objetivo e subjetivo, “não esquece de ninguém”, mesmo daqueles trabalhadores que têm emprego estável, dentre os quais cresce o sentimento de que não há garantias de que seu trabalho não será atingido pela próxima reestruturação, que é importante ficar sempre atento às mudanças, que os ambientes de trabalho estão cada vez mais competitivos; situações que provocam insegurança, medo, ansiedade (LINHART, 2014, p. 49). Potencialmente, portanto, os locais de trabalho, num quadro histórico de crescente precarização que se manifesta em diferentes formas de insegurança, tornam-se cada vez mais espaços e tempos de sofrimento no trabalho.

Como bem lembra Christophe Dejours, ambientes de trabalho caracterizados pela competição, por formas de organização que valorizam uma cultura do estresse, são ambientes que tendem intensificar o sofrimento no trabalho. Para o autor, ambientes de trabalho marcados pela competição, pelo discurso da inovação permanente, pela necessidade de flexibilidade e adaptabilidade, pelo risco do desemprego ou da defasagem diante das mudanças tecnológicas e organizacionais (e no próprio conhecimento) tendem a desenvolver nos trabalhadores um “medo da incompetência”; o que pode ser exemplificado através de situações que implicam “riscos para a segurança das pessoas ou das instalações”, mas também por situações em que os indivíduos vivenciam cobranças e necessidade (permanente) de adaptação a mudanças.

Em situações de trabalho comuns, é frequente verificarem-se incidentes e acidentes cuja origem [...] não se consegue jamais entender e que abalam e desestabilizam os trabalhadores mais experientes. Isso vale para a pilotagem de aviões, a condução de indústria de processamento e todas as situações de trabalho tecnicamente complexas que implicam riscos [...]. Em tais situações, muitas vezes os trabalhadores não têm como saber se suas falhas se devem à sua incompetência ou a anomalias do sistema técnico. E essa fonte de perplexidade é também a causa de angústia e sofrimento, que tomam a forma de medo de ser incompetente, de não estar à altura ou de se mostra incapaz de enfrentar convenientemente situações incomuns ou incertas, as quais, precisamente, exigem responsabilidade (DEJOURS, 1999, p. 31).

Christophe Dejours permite perceber, ainda, duas outras causas de sofrimento no trabalho, características de ambientes transformados tecnológica e organizacionalmente nas sociedades contemporâneas: “a pressão para trabalhar mal” e a dificuldade de reconhecimento (ou “sem esperança de reconhecimento”). Em relação à primeira causa, trata-se de situações em que o trabalhador “sabe o que deve fazer”, mas não “pode fazê-lo porque o impedem as pressões sociais do trabalho; ou seja:

[...]. Colegas criam-lhe obstáculos, o ambiente social é péssimo, cada qual trabalha por si, enquanto todos sonégam informações, prejudicando assim a cooperação etc. Nas tarefas ditas de execução sobeja esse tipo de contradições em que trabalhador se

vê de algum modo impedido de fazer corretamente seu trabalho, constrangido por métodos e regulamentos incompatíveis entre si [...] (IDEM, Ibid., p. 31).

Nessa direção, ainda que em muitos locais de trabalho os trabalhadores estejam atuando em grupos, “células de produção”, há uma pressão sobre todos para o alcance das metas, para aumentar a produtividade, que não raras vezes coloca em competição os próprios trabalhadores (como indicado anteriormente, mina possibilidades de solidariedade entre os trabalhadores), além de criar uma cultura do controle mútuo que tem enorme capacidade de criar conflitos, disputas entre os próprios trabalhadores (afinal, em locais de trabalho em que as metas precisam ser alcançadas e os bônus desses alcances são coletivos, todos “precisam colaborar”, ninguém pode ficar para trás, sob pena de estar “prejudicando” o coletivo).

Uma terceira causa de sofrimento no trabalho indicada por Dejours decorre do que ele analisa como sendo situações “sem esperança de reconhecimento” (IDEM, Ibid., p. 33-34). Pode-se afirmar que, por mais que os discursos motivacionais tentem convencer os indivíduos quanto aos ambientes motivadores e capazes de colocar o trabalho como atividade de realização plena, os planos de demissão que decorrem de um projeto de reestruturação produtiva, a necessidade de interiorizar uma cultura da efemeridade, a própria condição de quem trabalha em ambientes que estão cobrando, a todo momento, algo a mais (mais conhecimento, mais inovação, maior capacidade de se diferenciar etc.) são fatores que corroem a capacidade de realização no trabalho, pois sempre é preciso ir além, o que foi feito não é suficiente, é preciso reconhecer que o que foi feito não necessariamente serve para o amanhã.

Certamente, as três “causas” de sofrimento no trabalho destacadas por Christophe Dejours não dão conta das diferentes situações que trabalhadores e trabalhadoras vivenciam em seus locais de trabalho, mas, também, enquanto sujeitos inseridos num mundo de trabalho em profundas transformações. Situações essas que são apresentadas, analisadas, discutidas pelos inúmeros trabalhos que, nas últimas décadas, se ocupam com a relação trabalho, reestruturação produtiva, saúde/doença dos trabalhadores, enfatizando singularidades que decorrem dos locais de trabalho, dos setores econômicos, dos grupos de trabalhadores etc.

Pesquisas como, por exemplo, a que foi coordenada por Wandelely Codo, no final dos anos 1990, abordando as condições de trabalho e saúde mental dos trabalhadores em educação no Brasil. Um estudo que compreendeu 52.000 trabalhadores em educação investigados, em 1.440 escolas localizadas em diferentes partes do território brasileiro (CODO, 2000) e que, ao final, concluiu que 48% dos educadores do país sofrem algum tipo de síndrome de burnout,

“uma síndrome da desistência de quem ainda está lá, já desistiu e ainda permanece no trabalho” (IDEM, Ibid. p 254). Através da análise das condições de infraestrutura dos locais de trabalho, das condições salariais, da relação entre trabalhadores e entre esses e estudantes, da gestão nas escolas, de situações de diferentes tipos de violência escolar, dos conflitos entre trabalho e a família, dos suportes afetivos e psíquicos e tantos outros aspectos relacionados ao trabalho na educação, o conjunto de pesquisadores coordenados por Wanderley Codo tecem o universo do trabalho na educação no Brasil, durante a década de 1990, indicando diferentes focos de tensão que, em virtude das dificuldades de bem resolver essas tensões, resultam em situações de sofrimento dos educadores. Vale o registro da análise, presente na referida obra, realizada por Wanderley Codo e Analía Soria Batista sobre três focos de tensão que, na pesquisa realizada com os trabalhadores em educação, indicaram as formas como a síndrome de burnout se manifestam: o conflito entre o afeto e a razão, as relações sociais e o controle sobre o meio (CODO; BATISTA, 2000, p. 384-389).

Para Codo e Batista, o caráter de cuidado é “inerente ao trabalho do professor”, do que resulta que sua relação (com os estudantes) se estabeleça através do contato direto e imediato, “em um espaço afetivo denso”; mas, por outro lado, “há uma ‘racionalia’ pré-definida à qual o professor está preso, determinado conteúdo tem que ser assimilado em determinado tempo, em determinada sequência”; e, assim, o trabalho manifesta-se com essa tensão, um “cotidiano de trabalho” que é “todo ele marcado pela polarização, sempre tensa, entre trabalho e afeto”; quando “bem resolvido, é uma grande fonte de prazer no trabalho”, mas, por outro lado, quando não é bem resolvido “exaure emocionalmente o professor, ele se defende através da construção de uma perda do envolvimento pessoal no trabalho ou através da tentativa de transformar cada aluno em um número a mais” (CODO; BATISTA, 2000, p. 388).

As relações sociais também são fontes de tensão no trabalho do professor. Na sala de aula, destacam Codo e Batista, desde questões relacionadas ao movimento da sociedade global até questões relacionadas ao cotidiano das comunidades estão presentes e, diante dessas questões, o professor precisa se posicionar; mas não como um outro qualquer, mas como alguém que, de alguma forma, fala de uma “posição da verdade”, pois, se romper com essa posição poderá romper com a própria relação de confiança que fundamenta o processo pedagógico:

Imagine, por exemplo, um aluno que desconfie que o professor mente. Pronto, já não é mais possível o trabalho. o que para a maioria de nós é “apenas” uma fonte de bem-estar, de bem relacionar-se com o próximo, para o professor é a ferramenta principal de trabalho.

Quando as relações sociais falham, quando a confiança se for, o *burnout* virá (IDEM, Ibid., p. 388. Grifo no original).

O terceiro eixo de tensão e fonte de burnout no trabalho de trabalhadores em educação, segundo Codo e Batista, está relacionado com o controle sobre o trabalho. Nesse sentido, destacam os autores, os professores muitas vezes consideram que precisam “estar no controle de tudo” (e, em muitas situações, de fato a eles é atribuído esse controle total); mas esse controle, não raras vezes, escapa-lhe de suas mãos. E, assim, diante dessa perda de controle, vence o desamparo, a desesperança, a impotência, o sofrimento; “o controle sobre o outro, sobre o meio, é, ao mesmo tempo, uma fonte de prazer e inventora de sofrimento” (IDEM, Ibid., p. 389).

Se essa “grande” pesquisa coordenada por Wanderley Codo sobre a síndrome de burnout entre trabalhadores de educação no Brasil tem como horizonte uma categoria de trabalhadores, outras tantas pesquisas atentam para os locais de trabalho, para a experiência de um coletivo de trabalhadores, a partir dos quais se levantam elementos de análises que remetem não somente para singularidades/particularidades (do local de trabalho, do coletivo de trabalhadores investigados, do setor econômico), mas, também, para a universalidade das repercussões de determinados tipos de relações sociais de produção sobre a saúde dos trabalhadores.

Pesquisas como, por exemplo, a realizada por Euda Kaliani Rocha, com camareiras de dois hotéis, cujo trabalho, vinculado a uma profissão que se relaciona (socialmente) com o trabalho doméstico, feminilizado, desvalorizado, invisibilizado, é expressão das formas de precarização presentes nas sociedades contemporâneas (ROCHA, 2013). Uma pesquisa em que a autora destaca que “camareira não pode ter dor nas costas”, mas efetivamente sente dor nas costas, em função do trabalho precário e penoso que muitas vezes caracteriza o trabalho dessas trabalhadoras; indicando que nesse tipo de trabalho as trabalhadoras estão sujeitas a três tipos de riscos: “ambiental”, em virtude dos riscos químicos e biológicos; “humanos”, em virtude das relações (nem sempre amistosas) com gerência e hóspedes, além dos riscos ergonômicos (posturas e posições inadequadas e sobrecarregadas); “situacional”, que decorrem da ausência ou insuficiência de proteção adequada (IDEM, Ibid., p. 275). Em que pese ser uma pesquisa realizada com camareiras de apenas dois hotéis, bem destaca a autora ao final de seu texto, afirmando que sua pesquisa:

[...] não apenas contribui para dar visibilidade às formas de adoecimento impostas pelo trabalho, mas também ajuda a deslindar os meandros das relações que ocorrem em sociedade e as significações mais gerais do trabalho. A precarização do trabalho é um tema que tem sido muito explorado por diversas perspectivas e áreas de estudo. A

contribuição desta pesquisa em particular é a análise detalhada de uma expressão da precarização em dada realidade. A possibilidade de um aprofundamento analítico em processos de trabalho particulares permite a visualização de formas de precarização nem sempre observadas, como é o caso de uma profissão que, por se relacionar com o trabalho doméstico, é feminizada, desvalorizada e invisibilizada (IDEM, *Ibid.*, p. 283)

Ou a pesquisa realizada por Marcos Acácio Neli e Vera Lucia Navarro, sobre reestruturação produtiva e saúde do trabalhador na agroindústria avícola no Brasil, onde os autores detalham o processo histórico de reestruturação produtiva na agroindústria avícola no Brasil, desde a década de 1980, analisam o processo de organização do trabalho no setor e suas repercussões sobre a saúde dos trabalhadores. Ao final, concluem:

Pudemos observar que esse segmento específico da indústria de alimentos é caracterizado pelo trabalho parcelado, fragmentado, estruturado segundo uma decomposição crescente das tarefas, reduzido a ações mecânicas e repetitivas, nos moldes do trabalho fundado no taylorismo-fordismo. O ambiente de trabalho, altamente insalubre, é realizado em temperatura em torno de 10°C, ruído ensurdecedor, muita umidade, odor desagradável, trabalho penoso (realizado em pé, em turnos e noturno) etc. A exigência de cumprimento de metas diárias de produção (fruto da reestruturação produtiva) intensifica o trabalho e colabora para tornar o trabalhador ainda mais vulnerável a acidentes e doenças de trabalho. A grande incidência de LER entre os trabalhadores dessa indústria é reveladora dessa situação.

Os limites físicos e psíquicos dos trabalhadores são postos à prova diariamente. A dor, as angústias, o cansaço, as doenças e os acidentes expressos nos depoimentos revelam essa realidade. O trabalhador que adoece é vítima de danos não apenas físicos e psicológicos, decorrentes da precarização e da intensificação da atividade laboral, mas também morais, já que o adoecimento é percebido como um sinal de fraqueza pessoal. Há nas empresas a construção de uma lógica perversa que culpa a vítima: o trabalhador torna-se o culpado por seu adoecimento [...] (NELI, NAVARRO, 2013, p. 304).

Ou, ainda, a pesquisa realizada por Juliane Pagliari, Neusa Collet, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira e Cláudia Silveira Viera, sobre o “sofrimento psíquico” de uma equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada (PAGLIARI et. al., 2008), na qual as autoras analisam o sofrimento psíquico de uma equipe de enfermagem que atua num hospital público no oeste do Paraná, mas, também, as estratégias defensivas utilizadas pelas trabalhadoras na dinâmica do trabalho de enfermagem; e concluem que o “sofrimento psíquico ocorre em decorrência da organização do trabalho, da falta de recursos materiais e humanos, do não reconhecimento da instituição frente ao trabalho realizado, do relacionamento conflituoso entre profissionais da equipe de enfermagem com as crianças, com a família e com a equipe multiprofissional” (IDEM, *Ibid.*, p. 63); identificando, ainda, que os profissionais de enfermagem que atuam na equipe investigada utilizam-se de mecanismos de defesa tais como

a fuga, a negação, a banalização, fatores que, também, provocam estresse e ansiedade. Ao final as autoras concluem:

Compreendemos que as pressões no mundo do trabalho, que abalam o equilíbrio psíquico e a saúde mental do trabalhador, são consequências da organização e das condições de trabalho, bem como que o sofrimento pode ter como consequência a criação de uma defesa, ou seja, o trabalhador usa sua criatividade para transformar o sofrimento em resistência, amenizando assim seus efeitos.

Com base nos resultados do presente estudo, pode-se considerar que a forma de organização do trabalho em ACP, baseada nas premissas do modelo de atenção hospitalar cujas normas e regras são rígidas e burocratizadas, potencializa situações de sofrimento aos trabalhadores de enfermagem. Outro fator gerador de sofrimento está relacionado à natureza do trabalho da enfermagem no ACP cujos profissionais estão em contato constante com a dor e o sofrimento do outro (PAGLIARI et. al., p. 75).

As referências a pesquisas a saúde e as doenças dos trabalhadores, na relação com as formas de organização do processo de trabalho e da produção, ou de mudanças nessas, poderiam continuar sem limites precisos. Para os fins da análise apresentada na presente tese, no entanto, já são indicativas da riqueza e da amplitude que se pode encontrar na bibliografia especializada, de modo geral dando conta da riqueza do trabalho, de como as relações capitalistas de produção redefinem os significados do trabalho, de como num período histórico recente dinâmicas de reestruturação produtiva repercutem (quase sempre negativamente) sobre a saúde das pessoas que vivem do trabalho.

Para finalizar essa seção, cabe, então, um último registro, que de alguma forma sintetiza essa dialética de um trabalho que, no contexto das transformações que ocorrem nas sociedades capitalistas nos últimos tempos, se transforma de atividade afirmadora de reconhecimento para uma atividade que está vinculada ao sofrimento:

Entendemos que a relação com o trabalho é estabelecida na relação com o outro e pelo fato de que o trabalhador aporta uma contribuição, que, por sua vez, repousa sobre uma mobilização de recursos bem profunda. Por que as pessoas aportam essa contribuição? É por que, em troca dessa contribuição, eles esperam uma retribuição. E que retribuição eles esperam? O que as pessoas esperam, acima de tudo, é uma retribuição moral. É a dimensão moral e simbólica que conta. O que as pessoas esperam é que se reconheça a qualidade do trabalho. A qualidade de sua contribuição. [...]. As pessoas trabalham por esse reconhecimento [...]. E esse reconhecimento terá um papel sobre a construção da sua identidade. De reconhecimento em reconhecimento, o indivíduo ultrapassa etapas, com as quais se transforma a si mesmo. Essa transformação se dá pelo olhar dos outros, mas, também, pelo olhar da sociedade. Como alguém que progride ao longo de uma vida que se realiza. De tal forma, que após o trabalho, pelo reconhecimento do outro, aquela pessoa adquire um status melhor do que o que tinha antes [...].

Pensamos que as empresas hoje não se dão conta do que essas novas formas de organizar o trabalho implicam do ponto de vista psíquico e pessoal. Os modos de gestão do trabalho atuais se apresentam como muito patógenos, por que o cinismo, por exemplo, um dos instrumentos admissíveis nesses modelos de gestão, não é nem

mesmo mais dissimulado. O cinismo tornou-se um valor positivo. São organizações do trabalho que prescrevem, também, o medo em seu guia de gestão. E isso é totalmente novo. E totalmente insuportável. E gera patologias mentais, que crescem junto com os suicídios no próprio local de trabalho [...] (MERLO, 2014, p. 17-18).

A positividade desse “cinismo” indica uma questão de grande importância na análise de fenômenos relacionados à saúde/doença no contexto de desenvolvimento do padrão flexível de acumulação capitalista. É indicativa de que nem sempre as experiências de sofrimento no trabalho transcendem à esfera das relações privadas, ganhando uma dimensão pública e, portanto, tornando-se visível aos olhos da sociedade e do Estado. Daí a necessidade, inclusive, de se colocar em questão essa dinâmica: afinal, quando as doenças relacionadas ao trabalho ganham visibilidade social, potencializando ações coletivas – sociais e políticas – capazes de atribuir a importância que efetivamente têm no trabalho e na vida das pessoas que vivem do trabalho?

2.4. Quando as doenças relacionadas ao trabalho aparecem: dominação, resistências e o reconhecimento público das doenças relacionadas ao trabalho

[O povo] não deve sentir a verdade da usurpação: ela foi um dia introduzida sem razão e tornou-se razoável; é preciso fazer que ela seja vista como autêntica, eterna, e esconder o seu começo se não quisermos que logo tenha fim (PASCAL, Pensamentos. Citado por Viviane Forrester, O horror econômico).

Num contexto histórico caracterizado pelo questionamento de direitos relacionados ao trabalho, de relativização (e, mesmo, de extinção) de mecanismos públicos de controle social sobre as formas de uso da força de trabalho, de desregulamentação, privatização, flexibilização das relações capital e trabalho, de individualização das responsabilidades coletivas, de novas e mais complexas formas de disciplinamento da força de trabalho, (no caso brasileiro) de esforços políticos no sentido de construir políticas públicas de saúde do trabalhador, faz sentido a pergunta: afinal, quando a saúde (e as doenças) dos trabalhadores e das trabalhadoras é uma questão pública? Como, afinal, se constrói esse processo social a partir do qual saúde/doença no trabalho ganham visibilidade social, são abordadas como problema social e coletivo (e não somente da esfera privada, individual), impulsionam a necessidade de políticas públicas capazes de sustentar (dar suporte) a saúde dos trabalhadores como um direito, dão legitimidade social (ou não) a essas políticas?

Certamente são questões que não são novas e que decorrem, inclusive, dos próprios conflitos inerentes às discussões (políticas e ideológicas) e às ações implicadas na criação de mecanismos de intervenção sobre os agravos à saúde relacionados com o trabalho. Não é demais lembrar, nesse sentido, que desde os períodos emergenciais da industrialização no Ocidente, controvérsias em torno do significado histórico e das formas públicas de ação visando o controle de agravos à saúde relacionados ao trabalho estão presentes. Se, por um lado, desde aquela época diferentes representantes dos interesses do capital (empresários, companhias de seguro, governos etc.) evidenciam acidentes no trabalho numa perspectiva que atenta para os seus custos econômicos e para as “perdas” em termos de produtividade do trabalho e da produção, por outro lado, trabalhadores e suas representações sociopolíticas vinculam agravos à saúde às condições de trabalho e de vida da maioria da população, cobrando ações capazes de alcançar essas causas, como forma de prevenção e de promoção à saúde (MENDES; WAISSMANN, 2013).

Desde aquele período, portanto, em questão se colocam o que define uma doença efetivamente relacionada ao trabalho, como definir responsabilidades pelos agravos à saúde dos trabalhadores, quais devem ser os agentes sociais e políticos responsáveis pelo controle social sobre as formas de uso da força de trabalho e suas repercussões sobre a saúde dos trabalhadores, qual é o espaço de atuação do Estado no controle, na construção de políticas de prevenção e de promoção da saúde dos trabalhadores etc.

As respostas históricas a essas questões, decorrentes dos conflitos sociais que, em última instância, sempre colocam o conflito capital-trabalho como conflito fundamental, de alguma forma se traduzem nas diferentes concepções de saúde dos trabalhadores que, inclusive, orientam as ações do Estado desde o século XIX. A “Medicina do Trabalho”, a “Saúde Ocupacional” e a “Saúde do Trabalhador” expressam respostas históricas a esses conflitos, traduzidas através de políticas estatais de intervenção nas questões relacionadas à saúde dos trabalhadores.

A Medicina do Trabalho, como é conhecido, surgiu durante a Revolução Industrial na Europa, momento em que a população trabalhadora naquela região do planeta era crescentemente incorporada em relações de assalariamento. A intervenção médica se dava após a ocorrência do agravo, definindo a permanência ou a troca do trabalhador na produção; os agravos ocorridos no trabalho eram avaliados pelo comportamento do trabalhador (de modo geral “acusado” de realizar atos inseguros) e pela ideia de fatalidade, a velha ideia da fatalidade que ainda hoje justifica muitas contradições sociais e dinâmicas de dominação socioeconômica

e política a partir da noção de destino, ou da força incontrolável da natureza (LACAZ, 1996); e o trabalhador era objeto das ações de saúde e não sujeito das decisões, pois suas experiências e suas opiniões praticamente eram desconsideradas (SANTANA; DIAS; SILVA, 2014).

É simbólica a referência a Robert Dernham, e sua preocupação com as doenças que rondavam sua fábrica têxtil na Inglaterra do século XIX, como expressão da emergência da Medicina do Trabalho. Preocupado com o que representavam as doenças para o processo produtivo que se desenvolvia em sua fábrica, aquele industrial procurou seu próprio médico, o senhor Robert Baker, perguntando-lhe o que poderia fazer para ele mesmo encaminhar soluções aos problemas enfrentados em sua fábrica (MENDES, DIAS, 1991, p. 341). O médico Robert Baker teria dado a seguinte resposta:

Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre você, os seus trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo a influência de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma você poderá dizer: meu médico é a minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários; se algum deles vier a sofrer qualquer alteração da saúde, o médico unicamente é que deve ser responsabilizado (Citado por MENDES, DIAS, 1991, p. 341).

“Dessa forma você poderá dizer: meu médico é a minha defesa” é uma frase cuja importância histórica está na concepção de saúde do trabalhador que, naquele momento do século XIX, se afirmava: uma concepção segundo a qual as questões relacionadas à saúde dos trabalhadores devem ser abordadas e solucionadas a partir dos interesses do capital, cujos representantes podem definir quais pessoas se responsabilizam pelas abordagens e pelas ações, atribuindo ao “médico da empresa” (portanto, escolhido pelas empresas, com a função de trabalhar na e pela empresa) as competências relacionadas tanto à prevenção quanto ao registro dos agravos e os encaminhamentos de soluções (IDEM, *Ibid.*, p. 342).

Ou seja, num contexto histórico de emergência do capitalismo industrial, quando os trabalhadores ainda apresentavam pouca capacidade de mobilização coletiva e o Estado colocava-se como um “comitê executivo dos interesses da burguesia” (para usar a expressão atribuída a Karl Marx e a Friedrich Engels), as questões relacionadas à saúde dos trabalhadores era privatizada, ganhando ou não visibilidade social a partir dos interesses de classe dos proprietários dos meios de produção.

A Medicina do Trabalho, enquanto concepção que sustenta formas de intervenção na relação saúde/trabalho, evidentemente, não perdeu importância e ainda hoje está presente como concepção que sustenta visões apologistas da lógica do mercado, que entendem que as diferentes demandas sociais podem ser resolvidas pelos mesmos mecanismos que oferecem bens e serviços, ou seja, o próprio mercado.

Contudo, a partir do final do século XIX e início do século XX, pela necessidade (do capital) em aprimorar os mecanismos de controle sobre os “custos” representados pelas doenças no trabalho, mas, principalmente, pelas mobilizações coletivas dos trabalhadores (insatisfação e questionamento em relação à Medicina do Trabalho; maior pressão social por uma saúde dos trabalhadores capaz de atentar para as condições de vida e de trabalho etc.) e, mesmo, pelas novas formas de organização das atividades do Estado capitalista (padrão fordista de acumulação) novas concepções foram sendo gestadas historicamente.

Foi naquele contexto histórico que, principalmente a partir da II Guerra Mundial, a Medicina do Trabalho perdeu espaço para uma nova concepção, que ficou conhecida como “Saúde Ocupacional”, uma concepção que, em sua origem, se pretendeu “racional, ‘científica’ e aparentemente inquestionável” ao oferecer respostas a partir de uma preocupação com os ambientes de trabalho e a partir da incorporação de diferentes campos do conhecimento científico (MENDES, DIAS, 1991).

Mas, tal como a Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional expressa uma concepção de intervenção na relação trabalho/saúde dos trabalhadores (ainda que se possa considerar os avanços na análise de riscos, ao considerar grupos de trabalhadores expostos a agentes causadores de agravos; e ainda que tenha incorporado uma visão multidisciplinar) (LACAZ, 1996) que tem como foco a intervenção sobre o ambiente visando garantir a produção e a produtividade (SANTANA; DIAS; SILVA, 2014); portanto, foi desenvolvida para atender as necessidades vinculadas à produção, mantendo pressupostos já presentes na Medicina do Trabalho.

O alcance do “modelo da Saúde Ocupacional” não demoraria a ser questionado, inclusive por que se mostrou insuficiente para atender as próprias expectativas do capital em relação às necessidades de controlar as doenças no trabalho. Como indicam René Mendes e Elizabeth Dias, “dentre os fatores” que explicam sua “insuficiência” da Saúde Ocupacional se colocaram:

- o modelo mantém o referencial da medicina do trabalho firmado no mecanicismo;
- não concretiza o apelo à interdisciplinaridade: as atividades apenas se justapõem de maneira desarticulada e são dificultadas pelas lutas corporativas;
- a capacitação de recursos humanos, a produção de conhecimento e de tecnologia de intervenção não acompanham o ritmo da transformação dos processos de trabalho;
- o modelo, apesar de focar a questão no coletivo de trabalhadores, continua a abordá-los como "objeto" das ações de saúde;
- a manutenção da saúde ocupacional no âmbito do trabalho, em detrimento do setor saúde (MENDES, DIAS, 1991, p. 344).

Tanto a Medicina do Trabalho quanto a Saúde Ocupacional apresentam em comum o atendimento individualizado e elaboram as ações com base nos fatores de risco presentes nos ambientes de trabalho. Suas explicações parciais da relação do agravo com o trabalho consideram ora o trabalhador como culpado pelo agravo à saúde (acidente e/ou doença), ora o próprio agravo como intrínseco e necessário àquela realidade laboral; o Estado, como regulador do modo de produção e de circulação de mercadorias, cria normas e regras a serem seguidas nos ambientes de trabalho, deixando a cargo da empresa a execução destas (LOURENÇO, 2009).

Nesse sentido, também o modelo de Saúde Ocupacional é expressão de relações sociais e políticas que atribuem centralidade à lógica da produção e ao poder da empresa em definir as condições de enfrentamento das questões relacionadas à saúde dos trabalhadores. Não sem conflitos, não sem contradições, pois os trabalhadores, seja individualmente, seja através de suas mobilizações coletivas, sempre se colocaram como sujeitos no processo de tensionamento das concepções que orientaram as ações relacionadas à saúde/doença no trabalho, tanto no âmbito dos locais de trabalho quanto no âmbito das políticas estatais.

Principalmente a partir da década de 1960, começando pelos países europeus, um amplo movimento social e político vinculado às classes trabalhadoras, mas, também, a setores das classes médias, aprofundaram as críticas aos modelos até então hegemônicos e que orientavam as ações no campo da saúde dos trabalhadores, incorporando, crescentemente, noções e práticas que resultariam, a partir de então, na emergência de uma nova concepção: a concepção de “saúde do trabalhador”.

Certamente, aquele processo histórico tem uma complexidade que não pode ser apreendida em poucos parágrafos, inclusive por que vinculado a mudanças sociais, políticas e culturais que contribuíram para um crescente questionamento da própria instrumentalização de valores da modernidade na dinâmica do capitalismo durante o século XX, sob a égide do padrão

fordista de acumulação. René Mendes e Elizabeth Dias, num esforço de síntese, apresentam alguns componentes importantes daquele processo histórico:

Um movimento social renovado, revigorado e redirecionado surge nos países industrializados do mundo ocidental [...] mas que se espalha mundo afora. São os anos da segunda metade da década de 60, [...] marcados pelo questionamento do sentido da vida, o valor da liberdade, o significado do trabalho na vida, o uso do corpo, e a denúncia do obsoletismo de valores já sem significado para a nova geração. Estes questionamentos abalaram a confiança no Estado e puseram em xeque o lado "sagrado" e "místico" do trabalho - cultivado no pensamento cristão e necessário na sociedade capitalista.

Este processo leva, em alguns países, à exigência da *participação* dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança. Elas, mais que quaisquer outras, tipificavam situações concretas do cotidiano dos trabalhadores, expressas em sofrimento, doença e morte. Como resposta ao movimento social e dos trabalhadores, novas políticas sociais tomam a roupagem de lei, introduzindo significativas mudanças na legislação do trabalho e, em especial, nos aspectos de saúde e segurança do trabalhador [...].

[...].

Toda esta nova legislação tem como pilares comuns o reconhecimento do exercício de direitos fundamentais dos trabalhadores, entre eles, o *direito à informação* (sobre a natureza dos riscos, as medidas de controle que estão sendo adotadas pelo empregador, os resultados de exames médicos e de avaliações ambientais, e outros; o *direito à recusa ao trabalho* em condições de risco grave para a saúde ou a vida; o *direito à consulta prévia* aos trabalhadores, pelos empregadores, antes de mudanças de tecnologia, métodos, processos e formas de organização do trabalho; e o estabelecimento de mecanismos de *participação*, desde a escolha de tecnologias, até, em alguns países, a escolha dos profissionais que irão atuar nos serviços de saúde no trabalho (MENDES, DIAS, 1991, p. 344-45).

Um processo histórico que teve consequências não somente sobre o movimento de questionamento em relação às concepções da Medicina no Trabalho e da Saúde Ocupacional, mas, fundamentalmente, na construção de novas visões que passariam a povoar o imaginário coletivo de amplos setores das classes populares e de trabalhadores, de setores das classes médias, de setores da academia (em diferentes campos do conhecimento); e que, no caso de muitos países capitalistas periféricos (como é o exemplo brasileiro), seriam incorporadas nos processos políticos que, a partir dos anos 1980, impulsionaram dinâmicas de democratização no Estado e na sociedade.

Na nova concepção que se desenvolveu a partir daquele processo histórico, doravante denominada “saúde do trabalhador”, “o objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o *processo saúde e doença* dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho”, representando um esforço não somente de compreensão desse processo, mas, fundamentalmente, de intervenção (democrática) capaz de levar “à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho” (MENDES, DIAS, 1991, p. 347).

No caso brasileiro, especificamente, a concepção Saúde do Trabalhador surgiu no âmbito das lutas democráticas protagonizadas principalmente pelos trabalhadores organizados a partir da segunda metade da década de 1970 e início da década de 1980, que, somadas aos esforços políticos de outros setores da sociedade brasileira e à construção teórica oriunda das universidades, se fizeram presentes no processo histórico de ruptura com o regime autoritário (1964 – 1985), de construção da Constituição de 1988 e, nela, do SUS; lançando as sementes que, como indicado anteriormente, alimentaram uma mobilização política que permaneceu no período posterior e que, de alguma forma, ganhou espaços mais promissores quando, em 2012, foi instituída no país uma “Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora” (que ainda será objeto de análise nesta tese).

É importante destacar que a emergência da concepção de “Saúde do Trabalhador” se confunde, em diferentes partes do planeta, com as próprias dinâmicas sociopolíticas que perseguiram a democratização do Estado, a criação de condições históricas favoráveis à afirmação de políticas sociais comprometidas com a distribuição de renda, com o enfrentamento de mazelas sociais decorrentes do próprio desenvolvimento capitalista (pobreza, miséria, desigualdades sociais), com a melhoria das condições de vida e de trabalho dos trabalhadores, com a maior democratização das relações capital e trabalho.

Esse destaque tem importância por que remete a uma contradição histórica fundamental, presente na afirmação das políticas estatais que se fundamentaram na concepção de Saúde do Trabalhador (e na própria afirmação das dinâmicas políticas de democratização). Pois, se por um lado essa concepção chegou a ser acolhida na própria institucionalização de políticas públicas de saúde dos trabalhadores, por outro lado ela enfrentou e enfrenta resistências junto a setores sociais e governos que, num contexto da reestruturação do modo de produção capitalista a partir das últimas décadas do século XX, defenderam e defendem uma perspectiva neoliberal de atuação do Estado e de organização das relações sociais (em especial, das relações capital-trabalho).

O caso brasileiro, ainda que não exclusivo, é muito representativo dessa contradição histórica envolvendo a construção de políticas de saúde dos trabalhadores. Como já indicado em diferentes momentos, principalmente a partir dos anos 1980, com a criação do SUS e o processo de democratização do Estado e da sociedade brasileira, um amplo movimento político e social se colocou como sujeito histórico na discussão sobre políticas públicas vinculadas à saúde dos trabalhadores; movimento político que, como também já indicado, ainda que com

incongruências e contradições, conseguiu se fazer representar na institucionalização, já durante o governo de Dilma Rousseff (mas a partir de uma maior abertura junto às autoridades governamentais desde o início dos anos 2000, mais especificamente a partir do governo Lula, em 2003), de uma Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, em 2012 (ARTUR, 2015).

Contudo, a institucionalização de uma política pública, mesmo quando tem consequências no campo jurídico (em situações em que ganha força de lei), não cria a realidade. Ainda que se constitua num componente importante da realidade, essa é sempre expressão de dinâmicas históricas marcadas por conflitos sociais e políticos. Nesse sentido, é importante retomar que no Brasil todo o processo político que resultou na institucionalização de uma política nacional da saúde dos trabalhadores ocorreu num contexto histórico em que as concepções neoliberais se fizeram presentes na atuação de diferentes formas de representação sociopolítica dos interesses do capital, mas, também, na própria redefinição das relações entre capital e trabalho que as empresas impulsionaram a partir de dinâmicas de reestruturação produtiva.

Não se pode relativizar o fato de que, desde os anos 1990, são observados no âmbito das ações governamentais esforços contínuos (ainda que, em alguns momentos, na defensiva) de reforma na legislação trabalhista (e social, pois envolve outras questões relacionadas aos direitos dos trabalhadores, como é o caso da previdência e, mesmo, da atuação do Estado no campo da saúde). Reformas essas que se realizam a partir de concepções, portanto, que se fundamentam nos princípios da desregulamentação, da privatização e de flexibilização das relações sociais e trabalhistas. De desregulamentação, já que não são poucos os esforços (muitos dos quais exitosos) no sentido de retirar direitos anteriormente conquistados (no caso brasileiro, não somente questionando avanços conquistados com a Constituição de 1988, mas, também, a própria CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas). De privatização, já que se aposta que o mercado (diga-se, os interesses do capital) é capaz de dinamizar, sem intervenções públicas e/ou com o mínimo de controle social, as relações sociais. De flexibilidade, um eufemismo que expressa o desejo e o interesse de que as regras tenham uma importância cada vez mais fluída, efêmera, podendo ser modificadas sempre e quando uma das partes desejar (na relação capital – trabalho, amplamente favorável ao primeiro).⁹

⁹ Vale aqui a expressão do sociólogo polonês recém falecido, Zygmunt Bauman, que, analisando as relações capital e trabalho no que chamava de “modernidade líquida”, dizia que a regra adotada pelas empresas na relação com os trabalhadores se baseia no pressuposto do “até que o prazer dure”, implicando fuga de qualquer compromisso

Qual é o significado histórico dessas orientações políticas e ideológicas no modo como as autoridades governamentais definem suas ações no campo da saúde dos trabalhadores, criam mecanismos de efetivação das políticas institucionalizadas, dão importância aos mecanismos legais de controle social, guardam espaços políticos com a relevância que a própria política pública espera e atribui?

Mas é preciso atentar, também, para o fato de que as orientações neoliberais têm (talvez maiores) repercussões no modo como as empresas capitalistas, enquanto personificações da lógica de acumulação do capital, atuam no campo da saúde dos trabalhadores. Nessa direção, cabe destacar que, no contexto da reestruturação produtiva que as empresas implementam principalmente a partir das duas últimas décadas do século XX em nível global, a saúde dos trabalhadores é objeto de preocupação, objetivando-se essa preocupação, inclusive, na valorização de uma ISO (Organização Internacional de Normalização), normatização que se apresenta como referência para que as empresas desenvolvam ações de gerenciamento sobre a saúde no trabalho, avaliando e projetando expectativas de ações no campo da “saúde ocupacional”.

Um exemplo disso é a OHSAS 18001 (Occupational Health and Safety Assessment Series), uma norma de Sistema de Gestão de Saúde e Segurança Ocupacional, publicada em 1999 (e mais recentemente, em 2016, substituída pela ISO 45001) que pretende contribuir – com as “organizações” que aderem a tal normatização – para a criação de “melhores condições de trabalho dentro das organizações”, para a identificação de riscos e a definição de mecanismos capazes de gerenciá-los, para que se reduza os acidentes e as doenças de trabalho (“reduzindo custos de inatividade”), para que se desenvolva instrumentos de motivação e de engajamento dos trabalhadores, numa perspectiva de criação de condições de trabalho mais segura. Enfim, um conjunto de normas, criadas a partir da perspectiva “do mercado”, que visam instrumentalizar as empresas para que possam: a) assegurar aos clientes o comprometimento com uma gestão da Segurança e Saúde no Trabalho demonstrável; b) manter “boas relações” com os sindicatos de trabalhadores; c) fortalecer a imagem da organização e sua participação no mercado; d) aprimorar o controle do custo de acidentes; e) reduzir acidentes que impliquem em responsabilidade civil; f) demonstrar atuação cuidadosa (em especial junto aos seus “colaboradores”); g) compartilhar soluções de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais; h) melhorar as relações entre a indústria e o governo (SANTOS, 2002).

mais duradouro (BAUMAN, 2001).

Ou seja, um mecanismo político (embora com pretensão técnica) que é ressaltado como sendo capaz de instrumentalizar as empresas para que possam ter suas próprias formas de “gerenciamento” das questões relacionadas à segurança e à saúde “no trabalho” (e não necessariamente dos trabalhadores), numa perspectiva de maior controle sobre as ações desenvolvidas no âmbito dos locais de trabalho e das empresas, de redução dos custos, de “melhoria de qualidade” do trabalho e da produção, de melhora na imagem institucional. E que precisa, portanto, ser compreendido como uma estratégia política e ideológica de individualização das relações capital/trabalho, na mesma perspectiva adotada a partir do modelo japonês de organização do trabalho e da produção, de relativização dos controles públicos sobre as ações das empresas, seja eles representados pela atuação de um movimento sindical combativo, seja eles representados pelas ações estatais comprometidas com dinâmicas de democratização.

Não se pode esquecer, ainda, que no contexto da reestruturação produtiva e de afirmação de políticas neoliberais, observa-se um esforço (político e ideológico) para a individualização das responsabilidades sociais. Como já foi analisado nesta tese, lado a lado ao discurso que relativiza a importância das ações coletivas no provimento de direitos sociais (saúde, educação, trabalho etc.) coloca-se um discurso que tende a avisar para os indivíduos que as responsabilidades sobre suas vidas a eles próprios cabem.

Esse é o processo que o sociólogo polonês Zygmunt Bauman analisa como característico da “modernidade líquida”; uma individualização que não se compara com aquela que caracterizou os primeiros tempos da era moderna (quando os indivíduos buscavam a “emancipação” da dependência, da vigilância, das imposições que resultavam da vida em comunidade), pois agora os indivíduos são atirados à própria sorte e a sociedade espera que sejam adultos o suficiente para assumirem as responsabilidades sobre suas vidas e, mesmo, sobre os fracassos de suas próprias escolhas:

A “individualização” consiste em transformar a “identidade” humana de um “dado” em uma “tarefa” e encarregar os atores da responsabilização de realizar essa tarefa e das consequências (assim como dos efeitos colaterais) de sua realização. Em outras palavras, consiste no estabelecimento de uma autonomia de jure (independentemente de a autonomia de facto também ter sido estabelecida) (BAUMAN, 2001, p. 40).

No âmbito da saúde dos trabalhadores, esse processo de individualização é resultado da própria precarização implicada na afirmação histórica do padrão flexível de acumulação capitalista. Como o próprio Bauman afirma, analisando as mudanças que ocorrem no trabalho

nas sociedades contemporâneas, o “ingrediente crucial” nas relações que o capital impõe aos trabalhadores é a “mentalidade de ‘curto prazo’, o “trabalho por contrato de curto prazo, ou sem contratos, posições sem cobertura previdenciária” (IDEM, *Ibid.*, p. 169); prevalece nesse contexto a “vulnerabilidade” e a “precariedade”, a falta de garantias, a incerteza, a insegurança, que coloca todos as pessoas que vivem do trabalho diante de uma situação (permanente) em que:

[...] ninguém pode razoavelmente supor que está garantido contra a nova rodada de “redução de tamanho”, “agilização” e “racionalização”, contra a mudanças erráticas da demanda do mercado e pressões caprichosas mas irresistíveis de “competitividade”, “produtividade” e “eficácia”. “Flexibilidade” é a palavra do dia. Ela anuncia empregos sem segurança, compromisso ou direitos, que oferecem apenas contratos a prazo fixo ou renováveis, demissão sem aviso prévio e nenhum direito à compensação. Ninguém pode, portanto, sentir-se insubstituível – nem os já demitidos nem os que ambicionam o emprego de demitir os outros. Mesmo a posição mais privilegiada pode acabar sendo apenas temporária e “até disposição em contrário” (IDEM, *Ibid.*, p. 185).

Nesse contexto, para os trabalhadores que já foram demitidos, que estão procurando um novo emprego ou já voltaram ao mercado de trabalho na condição de temporários, de informais, de “vulneráveis”, a individualização (enquanto responsabilização) das questões relacionadas à saúde/doença no trabalho já está colocada, ainda mais quando se deparam com sistemas públicos de saúde também precários e vulneráveis. Mas aos que ficam, os que estão empregados, o medo de ser o próximo, o estresse que se agrava pela condição de permanente insegurança e competição, a necessidade de ser mais competitivo e de naturalizar a condição de alguém que pode dar mais, que não é insubstituível, que precisa estar à frente de outros, também são condições que resultam em diferentes formas de sofrimento. Um sofrimento, no entanto, que está no rol dos que precisam “ser aceitos como normais”, precisam ser naturalizados, pois decorrem do pressuposto mesmo da individualização: espera-se que o indivíduo seja adulto e que possa assumir, ele mesmo, os destinos de sua própria vida, mesmo as consequências adversas que disso decorrem ou das escolhas que nesse contexto ele faz.

Essa é a condição histórica que resulta no que, de forma apropriada, Christophe Dejours denomina “banalização do mal”, uma condição histórica em que indivíduos e instituições, de forma deliberada, passam a aceitar cada vez mais como “normais” as situações que provocam sofrimento, que expressam injustiças sociais; diminuindo, portanto, a tolerância às diferentes formas de sofrimento, de injustiças e de adversidades alheias (mas, que, ao final, diz respeito a todos). Nas palavras de abertura do seu livro “A Banalização da Injustiça Social”, Dejours já esclarece do que se trata:

Encontra-se largamente difundida a ideia de que paira sobre nosso país uma ameaça de derrocada econômica. Até mesmo cientistas e pensadores admitem que, sendo a situação excepcionalmente grave, é preciso aceitar recorrer a meios drásticos, sob risco de fazer algumas vítimas.

Portanto, estaríamos hoje a acreditar em tais rumores, numa conjuntura social que apresenta muitos pontos em comum com uma situação de guerra [...].

É em nome dessa justa causa que se utilizam, *larga manu*, no mundo do trabalho, métodos cruéis contra nossos concidadãos, a fim de excluir os que não estão aptos a combater nessa guerra (os velhos que perderam agilidade, os jovens mal preparados, os vacilantes ...): estes são demitidos da empresa, ao passo que dos outros, dos que estão aptos para o combate, exigem-se desempenhos sempre superiores em termos de produtividade, de disponibilidade, de disciplina e de abnegação. Somente sobreviveremos, dizem-nos, se nos superarmos e nos tornarmos ainda mais eficazes que nossos concorrentes. Essa guerra travada sem recursos às armas [...] implica no entanto sacrifícios individuais consentidos pelas pessoas e sacrifícios coletivos decididos em altas instâncias, em nome da razão econômica (DEJOURS, 1999, p. 13-14. Grifos no original).

Poucos, com um mínimo de atenção ao que ocorre no planeta nesses tempos de mundialização do capital, ousariam relativizar as palavras (quase proféticas) de Dejours sobre esse processo de banalização do sofrimento e de condições adversas (para as pessoas que vivem do trabalho). Uma banalização que se manifesta, como analisa o próprio Dejours, através de certa “negligência” das organizações sindicais em muitos lugares, não raras vezes espaços de desqualificação e de rejeição das questões relacionadas à subjetividade no trabalho (IDEM, *Ibid.*, p. 37-40);¹⁰ ou através da “inibição coletiva” diante do processo de precarização do trabalho, expressão de uma “tolerância social para com o sofrimento” de quem vive do trabalho (IDEM, *Ibid.*, p. 40-41);¹¹ ou, ainda, pelo sempre movimento político-ideológico (por parte dos meios de comunicação, por exemplo, mas também de governantes) de desqualificação (no caso brasileiro, mesmo de criminalização) de qualquer ação coletiva que denuncie abusos, reclame o direito de manifestação, reclame direitos sociais e trabalhistas (as velhas estratégias dos meios de comunicação de destacar, diante de qualquer mobilização urbana, os “transtornos” no trânsito ou as dificuldades criadas por tais mobilizações para que os indivíduos resolvam suas questões cotidianas são ilustrativas);¹² ou, então, no “medo e submissão” dos próprios

¹⁰ Não é demais lembrar que, num período recente no Brasil, mais especificamente a partir dos anos 2000, quando as políticas governamentais impulsionaram um crescimento de empregos formais, esse crescimento se sobrepôs, em diferentes setores da esquerda do país, à discussão sobre a qualidade dos empregos criados.

¹¹ É simbólico que, num período recente no Brasil, milhões tenham ido para a rua protestar contra a corrupção nos serviços públicos – certamente ações legítimas e justificadas – mas, ao mesmo tempo, não tenham demonstrado minimamente o mesmo ímpeto político diante de uma reforma trabalhista que tirou direitos dos trabalhadores e abriu espaços para uma maior precarização das relações de trabalho no país.

¹² “São Paulo tem dia de caos com ‘greve-surpresa’ de motoristas de ônibus e marcha de professores: Greve de motoristas e cobradores de ônibus e protestos em diferentes pontos travaram a capital paulista na tarde desta terça-feira”. Essa é uma chamada de matéria da Revista Veja, sobre mobilização política de trabalhadores na cidade de São

trabalhadores que, diante da possibilidade do desemprego, da interiorização de uma cultura da competitividade e da individualização de sua própria condição no mercado de trabalho, passam a aceitar cada vez mais situações adversas (DEJOURS, 1999, p. 46-7).

Sobre essa última manifestação da banalização do sofrimento no “mundo do trabalho” é importante o registro da análise de Dejours, realizada a partir de uma pesquisa sobre reestruturação produtiva na indústria automobilística:

É penetrando mais fundo no mundo do trabalho que podemos prosseguir a análise da tolerância social ao sofrimento e à injustiça [...].

As demissões não fizeram apenas aumentar a carga de trabalho dos que continuam empregados. Pesquisa recente na indústria automobilística mostra que o sofrimento dos que trabalham assume formas novas e inquietantes. Trata-se de pesquisa feita numa montadora em 1994, 20 anos depois da primeira pesquisa lá realizada. Segundo os engenheiros de métodos, a organização do trabalho nessa fábrica mudou radicalmente em relação ao que era há 20 anos, desde que se introduziram métodos inspirados no modelo japonês, em particular o *just in time*.

Constata-se com grande surpresa que, no nível dos “operadores”, a principal diferença em relação aos antigos operários especializados diz respeito à sua denominação, nitidamente menos importante do que antes. Nota-se também o menor atravancamento dos recintos, tanto pelos compartimentos separados quanto pelo número de supervisores [...]. Mas o trabalho, enquanto atividade [...] não é muito diferente, qualitativamente, do que era há 20 anos. A análise mais detalhada da realidade do operário mostra que os tempos ociosos desapareceram, que o “índice de empenho” [...] é muito mais penoso do que no passado, que não existe atualmente nenhum meio de “remanchar”, nenhuma possibilidade, ainda que transitória, de ser individual ou coletivamente das pressões da organização. A principal preocupação, do ponto de vista subjetivo, é a *resistência*, ou seja, a capacidade de aguentar firme o tempo todo, sem relaxar, sem se importar em machucar as mãos (certos operários enrolam um pedaço de pano nos dedos para não sangrar), sem se ferir e sem adoecer. As pressões e o ritmo de trabalho são, a bem dizer, “infernais”. Mas ninguém reclama mais! É assim mesmo. O sofrimento moral e físico é intenso, sobretudo entre os jovens, que são minoria na fábrica (onde os operadores têm em média mais de 40 anos). De fato, estes últimos passam por uma terrível seleção: todo ano, mais de 15 mil pessoas se apresentam espontaneamente à porta da fábrica para pedir emprego. Segundo a diretoria de recursos humanos, todos os candidatos são examinados, embora no final só se contratem de 150 a 300 jovens. A seleção, naturalmente, pressupõe múltiplos e variados testes, nos quais se procura sondar a “motivação”, que deve ser intensa, inabalável e associada ao gosto pelo esforço e a demonstrações de boa vontade e disciplina, para que um candidato seja aprovado (DEJOURS, 1999, p. 47-48. Grifos no original).

Nesse contexto histórico, em que os próprios vitimados (pelas diferentes formas de injustiça, de mecanismos de dominação, de sujeição às adversidades no trabalho) são levados à negação dessa condição, a invisibilidade das doenças relacionadas ao trabalho não ocorre somente por “disfuncionalidades” nos sistemas oficiais de registros estatais (uma das causas

Paulo; exemplos podem ser encontrados “aos montes” na Internet. In: <https://veja.abril.com.br/brasil/sao-paulo-tem-dia-de-caos-com-greve-surpresa-de-motoristas-de-onibus-e-marcha-de-professores/>

sempre presentes nas discussões sobre subnotificação dos agravos à saúde dos trabalhadores); não ocorre apenas por falhas ou incapacidade dos mecanismos de controle social; não ocorre somente por que os trabalhadores de saúde que atuam nos espaços institucionais responsáveis pela saúde dos trabalhadores não têm recursos (financeiros, técnico-profissionais, de infraestrutura etc.) suficientes para que ações de saúde dos trabalhadores possam ser efetivamente realizadas; não ocorre apenas por que as autoridades governamentais não colocam ações vinculadas à saúde dos trabalhadores como prioridade em suas gestões.

Embora todas essas questões estejam presentes e sejam importantes, a invisibilidade das doenças relacionadas ao trabalho ocorre, também, em função de condições estruturais vinculadas ao próprio modo de desenvolvimento do padrão de acumulação capitalista contemporâneo, que afirma uma “cultura” (enquanto modo de ser que os indivíduos e grupos adotam diante de si, diante dos outros, diante à sociedade e na sociedade) que se naturaliza no mundo do trabalho, povoando o imaginário individual e coletivo acerca do que é trabalho, do que se pode esperar do trabalho, de como devem se comportar os indivíduos diante e no trabalho (com ênfase no transitivo direto do significado da palavra “comportar”, ou seja, “conter” ou “poder conter em si”).

Essas são, portanto, algumas condições históricas, contraditórias, marcadas por conflitos e nuances que expressam complexidades inerentes ao próprio processo global de transformações das sociedades na contemporaneidade, a partir das quais políticas (sejam elas pensadas na escala nacional, estadual, regional ou local) de saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras são pensadas e, efetivamente, construídas socialmente. São condições históricas que não estruturam as formas individuais e coletivas de ação, mas, certamente, se colocam como condicionamentos históricos fundamentais, cuja consideração num trabalho analítico é de grande importância para que o mesmo contemple os limites e as potencialidades inerentes numa dinâmica de construção de políticas públicas voltadas à saúde dos trabalhadores.

3 A SAÚDE DOS TRABALHADORES: OS DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

Este capítulo dedica-se à análise das políticas públicas de saúde dos trabalhadores no Brasil, considerando a atuação do Estado brasileiro a partir do processo de democratização, na década de 1980. Num primeiro momento, será analisado a construção das políticas da saúde do trabalhador no contexto da criação do SUS. Apesar do SUS ter sido estabelecido formalmente a partir da Constituição de 1988, uma dinâmica política e social anterior embasou e impulsionou a construção daquela Constituição, incorporando mudanças na atuação do Estado e no arcabouço jurídico-institucional de um sistema público de saúde. Em seguida, a análise dirige-se aos contraditórios anos 1990, quando os esforços no sentido de criar mecanismos de implementação das políticas de saúde consolidadas legalmente através da criação do SUS se defrontaram com as orientações neoliberais na condução das políticas governamentais. Nessa seção, também, se enfatiza o processo de organização da Saúde do Trabalhador a partir da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), instituída no início dos anos 2000, mais especificamente em 2002. Por fim, a análise apresentada no capítulo chega à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, já situada essa no contexto das mudanças que se observaram na dinâmica das próprias políticas governamentais no país a partir dos anos 2000, mais especificamente a partir de 2003, quando se iniciou um período de governos nacionais liderados pelo Partido dos Trabalhadores (PT).

3.1 A saúde do trabalhador no contexto da criação do SUS

A criação do SUS, na década de 1980, tem uma importância muito significativa sob o ponto de vista da democratização da saúde no Brasil, mas, também, na construção de políticas públicas relacionadas à saúde dos trabalhadores. Se, por um lado, o SUS institucionalizou através da Constituição de 1988 uma concepção de saúde que pressupõe que a “saúde é um direito de todos e um dever de Estado”, por outro lado abriu possibilidades para que, a partir de então, as próprias lutas no interior do Estado fossem pautadas pelas novas orientações e novos princípios que sua criação consolidou (legalmente) no campo das políticas públicas de saúde

no país.

Como é amplamente conhecido, a criação do SUS foi resultado de um amplo processo de lutas sociais e políticas, envolvendo diferentes classes sociais e diferentes instituições sociopolíticas que, desde a década de 1980, se mobilizaram contra a continuidade do regime autoritário instaurado em 1964 e em favor de uma democratização do Estado e da sociedade.

No que diz respeito especificamente à saúde dos trabalhadores, ainda na década de 1970 a produção acadêmica já revelava uma maior visibilidade da temática não somente na academia, mas, também, em diferentes setores da sociedade brasileira, em especial entre instituições e movimentos sociais vinculados às classes populares/trabalhadoras e às classes médias (TAMBELLINI; ALMEIDA; CAMARA, 2013). A partir daquele período, a saúde coletiva ganhou maior importância e a saúde do trabalhador passou a ser crescentemente evidenciada em sua dimensão integral, incluindo aspectos sociais, políticos, biológicos, pessoais.

O processo político de questionamento do regime autoritário durante a década de 1970 expressou uma já articulação de um movimento em favor da abertura democrática, ao mesmo tempo que construiu um contexto favorável a discussões e redefinições no campo da saúde dos trabalhadores. Naquela década, importante destacar, diferentes eventos foram organizados a partir da temática da saúde dos trabalhadores. Em 1979, por exemplo, ocorreu a primeira Semana de Saúde do Trabalhador (SEMSAT), organizada pela Comissão Intersindical de Saúde dos Trabalhadores (CISAT), precursora da DIESAT (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes do Trabalho). A importância daquele evento, situado num contexto ainda de ditadura militar, é que ele foi uma das primeiras ações envolvendo o movimento sindical e profissionais de saúde, num momento em que o movimento sindical mostrava crescente preocupação com a “prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho” (SANTOS, 2005, p. 16).

Destaque-se que, no Brasil, desde a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943, havia exigências legais sobre a garantia de Segurança e Medicina do Trabalho, tornando-as obrigatórias nas empresas de grande porte. Porém, efetivamente, durante todo o período que se estendeu ao longo da segunda metade do século XX, a adesão (e o controle social sobre) das empresas às exigências legais (inclusive no que diz às questões básicas, como, por exemplo, ter um médico na empresa, constituir Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA) era muito baixa.

Nos anos 70 a ST continuava com dificuldades de provisão de assistência médica e a concessão de benefícios sociais, que à época estavam sob a responsabilidade do recém

criado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), órgão instituído a partir da junção dos diversos IAP's existentes na década de 60. Logo depois, criou-se o Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (Inamps), responsável pela assistência médica dos trabalhadores segurados e financiador da maioria da assistência médica do País (90%), seja por meio de serviços próprios, contratados ou conveniados. Oferecia ainda ações de proteção social, através de um sistema de compensação salarial para incapacidade para o trabalho, ocupacionais ou de outras causas (SANTANA; SILVA, 2008 p. 179).

Isso que, no início dos anos 1970, o Brasil foi considerado um “país campeão de acidentes de trabalho”, o que levou o Governo Federal a estabelecer a Portaria nº 3.237, tornando obrigatória a existência de serviços médicos e de higiene e segurança em todas as empresas onde trabalham 100 ou mais pessoas (MINAYO-GOMES; LACAZ, 1997). Nessa direção, inclusive, o Ministério do Trabalho formulou portarias para obter algum controle da força de trabalho dentro das empresas através do Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, que previam um trabalho interdisciplinar, conforme o grau de risco da empresa, com o desenvolvimento de ações de saúde e segurança no ambiente de trabalho (MIRANDA; DIAS, 2004).

A questão é que, ainda que a saúde dos trabalhadores fosse objeto de preocupação de diferentes setores da sociedade, bem como em diferentes esferas da atuação governamental, não somente as ações eram fragmentadas como, também, as concepções que orientavam as ações estatais ainda se vinculavam à perspectiva da medicina do trabalho. Como sintetizam Santana e Silva, ao analisarem as políticas de saúde dos trabalhadores antes da criação do SUS:

[...] antes da criação do SUS, o cuidado dos problemas de saúde do trabalhador era desenvolvido, disciplinarmente, pela Medicina do Trabalho, pela Engenharia de Segurança e Higiene Ocupacional, realizada pelos respectivos especialistas, em serviços próprios de empresas e em alguns sindicatos. Também alguns estados e municípios já desenvolviam algumas ações em Saúde do Trabalhador na perspectiva da saúde pública e da saúde coletiva. Do ponto de vista institucional, o Ministério da Previdência Social ocupava-se de atividades de perícia médica e de concessão de benefícios e o Ministério do Trabalho das ações de inspeções e fiscalizações dos ambientes e locais de trabalho. A prevenção dos problemas de saúde dos trabalhadores era tímida e fragmentada, conduzida na perspectiva da Engenharia de Segurança, com pequena participação dos trabalhadores [...]. (SANTANA; SILVA, 2008, p. 181).

A saúde dos trabalhadores ganhou maior visibilidade, portanto, no contexto das mobilizações políticas contra o regime militar e em favor da democratização ainda durante a década de 1970, se intensificou ao longo da década de 1980 (CONSOLINO; LEÃO, 2013). Sob o ponto de vista das concepções de saúde dos trabalhadores, já naquele período havia a compreensão de que a relação entre trabalho e saúde dos trabalhadores precisa ser enfrentada a partir de uma compreensão da própria dinâmica histórica de desenvolvimento do capitalismo,

do que resultava a necessidade de um maior controle social sobre as relações capital e trabalho.

Como é conhecido, a mobilização participativa nas décadas de 1970 e 1980 culminou na institucionalidade de uma política pública de saúde, objetivada na criação do SUS, na Constituição de 1988, um Sistema de Saúde que se fundamentou, dentre outros princípios, na compreensão acerca da necessidade e da importância do controle social sobre as políticas e as ações no campo da saúde (BRASIL, 2006, p. 35). A inscrição do SUS na Carta Constitucional de 1988 seguiu as propostas da sociedade civil organizada, incorporando alterações no papel do Estado e no sistema jurídico institucional do país. A partir da criação do SUS, as políticas de saúde no Brasil passaram a ser organizadas a partir da maior integração entre diferentes esferas governamentais (municipal, estadual, federal), garantindo-se, nessas três esferas, espaços de participação social e política dos diferentes setores da sociedade.

De forma mais precisa, a partir da criação do SUS as políticas públicas de saúde no Brasil passaram a ser pensadas (e construídas) tendo como base os princípios: da *equidade*, perseguindo-se a diminuição das desigualdades e, ao mesmo tempo, afirmando as diferenças como questões centrais na organização dos serviços públicos de saúde; da *integralidade*, numa perspectiva de atendimento a todas as necessidades das pessoas (desde a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação); da *regionalização e hierarquização*, prevendo-se uma organização dos serviços em diferentes níveis de complexidade, mas, também, a partir das necessidades regionais, garantindo-se às regiões maior espaço político na organização dos mesmos; da *descentralização*, garantindo-se, assim, maior espaço político para as regiões e para os municípios; da *participação popular*, através da criação e da institucionalização de canais de participação para a “sociedade” (BRASIL, 2017).

Como indicado anteriormente, as discussões sobre a saúde dos trabalhadores iniciaram antes da implementação do SUS. No campo social, houveram diversas iniciativas, denúncias de que as políticas públicas e o sistema de saúde não conseguiam atender as necessidades da população trabalhadora, objetivando-se aquele processo na organização de grandes eventos nacionais, como, por exemplo, a VIII Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, decisiva para as mudanças de enfoque na nova Constituição Federal de 1988 (MENDES; WAISSMANN, 2013).

A I Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador ocorreu em dezembro de 1986 e objetivou sensibilizar a população e vários setores do aparelho de Estado e da sociedade civil, no sentido de mostrar que a saúde dos trabalhadores deveria ser entendida como um “campo de intervenção” complexo, envolvendo cotidianamente todos os atos da relação capital e trabalho.

Naquela Conferência, “participaram representações de vinte Estados, resultando em ampla adesão ao projeto de construção do SUS por parte dos sindicatos”. O conjunto de questões significativas para a Conferência foi incorporado em três temas: o diagnóstico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores, as novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores e a política nacional de saúde e segurança dos trabalhadores (SANTANA; SILVA 2008, p. 183). Aquela primeira Conferência possibilitou um espaço de debate importante para a reformulação do setor saúde, numa perspectiva de afirmação dos princípios que se consolidariam com a criação do SUS, de fortalecimento do setor público e de integração da saúde dos trabalhadores no contexto de uma ampla reforma sanitária no País (SANTANA; SILVA, 2008, p. 181).

Nesse sentido, inclusive, destaque-se que a década de 1980 foi muito importante para a saúde dos trabalhadores, pois no processo de construção da Constituição de 1988 se constituiu um forte movimento social em favor de uma política de saúde dos trabalhadores, reunindo profissionais de saúde, movimento sindical, além de outros movimentos sociais que atuaram na construção do SUS (SANTANA; DIAS; SILVA, 2014).

A partir da criação do SUS, então, muito rapidamente foram garantidas novas condições institucionais de desenvolvimento das políticas nacionais de saúde dos trabalhadores, principalmente através da criação de uma legislação comprometida e consequente com os pressupostos do SUS. Assim, é importante destacar que, ainda no início dos anos 1990 foram criadas Leis Orgânicas da Saúde (Leis Federais nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990), com o objetivo de institucionalizar ações de regulação, de fiscalização, de controle das ações e serviços de saúde. Especificamente sobre a saúde dos trabalhadores, aquela legislação assim se posicionou:

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre

os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1990).

Através das duas referidas Leis, portanto, se consolidaram, no plano legal, todas as mobilizações em favor de uma política nacional de saúde dos trabalhadores integrada ao processo mesmo de criação de um novo sistema de saúde no País, através da criação do SUS. A saúde dos trabalhadores passou a ser *responsabilidade do Estado brasileiro*, sendo considerada como competência do SUS (COSTA et. al., 2013). Assim:

A VIII Conferência Nacional de Saúde e I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores realizada em 1986, assim como a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CR/88) foram marcos históricos da luta pela defesa da saúde como direito e pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A CR/88 afirma a integração da saúde do trabalhador nas ações do SUS, e por sua vez, a Lei Orgânica da Saúde (LOS – Lei nº 8.080/90) em seu artigo 6º, § 3º dispõe que saúde do trabalhador consiste no conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (NEIVERTH, 2016, p. 3).

O que, sob o ponto de vista legal, representou não somente a articulação das ações de promoção, prevenção e proteção da saúde das pessoas que vivem do trabalho, mas, também, a própria vinculação das políticas públicas de saúde dos trabalhadores aos princípios que fundamentam o SUS. Num processo histórico que, então, passou a ser discutido e implementado no contexto das lutas sociais em favor da construção do SUS, mas, também, das reformas neoliberais realizadas pelos governos brasileiros durante os anos 1990.

3.2 Neoliberalismo, reestruturação do padrão de desenvolvimento capitalista e a saúde do trabalhador durante a década de 1990

Os anos 1990, como já foi indicado nesta tese, marcaram um período em que, no Brasil, ao mesmo tempo em que se comemoravam as conquistas no campo da saúde, consolidadas com

a criação do SUS na Constituição de 1988, aconteceram “mudanças radicais na forma de organizar e gerenciar o trabalho e de reorientar as ações do Estado”, a partir da orientação neoliberal adotada pelos governos nacionais (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 820).

Sob o ponto de vista da institucionalização das políticas públicas de saúde dos trabalhadores ocorreram avanços importantes naquele período, culminando, em 2002, na criação a RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Naquele processo histórico, evidentemente, entre os avanços e as dificuldades na implantação de uma política nacional de saúde do trabalhador consequente com o vínculo estabelecido pela Constituição de 1988 com o SUS, cabe destacar a realização da II Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador no Brasil, em 1994, que teve, inclusive, na coordenação, além dos Ministérios da Saúde e do Trabalho, a principal Central Sindical dos Trabalhadores a partir dos anos 1980, a CUT (Central Única dos Trabalhadores). Aquela Conferência contou com a presença de 900 participantes e 563 delegados, dentre esses 377 representantes do movimento sindical do país (SANTANA; SILVA, 2008, p.187), e teve como eixo de discussão a construção de “uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador”, com três linhas de discussão: desenvolvimento, meio ambiente e saúde; cenário da saúde do trabalhador no período entre 1986 e 1993; estratégias de avanço na construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (SANTANA; SILVA, 2008, p. 187).

Aquela Conferência, na verdade, já era resultado de uma mobilização que, sob o ponto de vista das instituições estatais (em especial, os Ministérios da Saúde e do Trabalho), já estavam presentes no início da década de 1990. Em 1991, por exemplo, o Ministério da Saúde, através de sua Divisão de Proteção à Saúde do Trabalhador (DIPSAT), promoveu o I Seminário Nacional de Saúde do Trabalhador, reunindo todos os estados da Federação, representados na maioria por coordenadores ou gerentes de Programas de Saúde do Trabalhador, onde foi amplamente discutida a operacionalização da Lei 8.080. Como um dos resultados daquele Seminário ficou agendado o I Seminário Nacional sobre o Acidentado do Trabalho, que se realizou em novembro daquele mesmo ano (IDEM, Ibid.). Destaque-se, também, a constituição da Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador, cujo relatório publicado no final de 1993 especificava alguns princípios de atuação conjunta de órgãos do Governo em prol da saúde do trabalhador (DIAS, 1994).

Além disso, é importante notar que, desde o início dos anos 1980, alguns serviços de de atenção à saúde do trabalhador foram instituídos em alguns municípios e estados brasileiros, como, por exemplo, os Programas de Saúde do Trabalhador (PST), os Centros de Referência

em Saúde do Trabalhador (CRST). A mobilização visando a implementação da legislação que decorreu da criação do SUS, nos anos 1990, permitiram a criação da Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador (CIST), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), além de Normas Operacionais e Portarias (por exemplo, a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – Portaria 3.908/98; ou a Portaria nº 3.120/98, que instituiu a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador; e, ainda, a Portaria nº 1.339/99, que instituiu a Listagem de Doenças Relacionadas ao Trabalho) que, aos poucos, foi amadurecendo a proposta de criação de uma rede nacional de atenção à saúde dos trabalhadores (MAENO, CARMO, 2005; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

A proposta de criação de uma rede em saúde do trabalhador no SUS, nesse sentido, decorreu de uma percepção crítica dos centros de referência e dos programas de saúde do trabalhador, pelo fato de não estabelecerem “um vínculo mais sólido com as estruturas orgânicas de saúde”. “Alguns, inclusive, foram criados e desapareceram no decorrer das décadas de 1980/90” (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011, p. 86). Ainda que os centros de referência tenham sido estratégicos para a consolidação da saúde dos trabalhadores no SUS, mantiveram-se distantes do sistema de saúde como um todo, favorecendo para que a saúde do trabalhador não ocupasse seu espaço nas políticas públicas de saúde (IDEM, *Ibid.*).

Entre 1999 e 2002, a coordenação nacional de saúde do trabalhador, vinculada ao Ministério da Saúde, mobilizou debates e ações no sentido de suprir a falta de reconhecimento e de recursos financeiros para esta área. Naquele momento, foi necessário rever a estruturação da saúde do trabalhador como um todo, buscando novas estratégias para se aproximar das políticas de saúde do SUS. Em 1999 foi promovido o “Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios para a construção de um modelo estratégico”; na sequência, em 2000, ocorreu um encontro sobre a criação da Rede de Saúde do Trabalhador, incentivada pela Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT) e pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. No mesmo período a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), do mesmo Ministério da Saúde, criava outra proposta de rede. E, por fim, em 2002, foi criada a “Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador” (RENAST), pela Portaria GM/MS nº 1.679, de 19/09/2002” (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011, p. 87).

A partir de 2000, em escala federal foi incluída a saúde do trabalhador no “Plano Plurianual de Governo Avança Brasil 2000 – 2003”, disponibilizando recursos financeiros para vários estados do País para o desenvolvimento de estudos e pesquisas, fiscalização dos ambientes e condições de trabalho, instalação de unidades especializadas para tratamento dos

agravos ocupacionais e eventos técnicos (MAENO; CARMO, 2005). A partir daquele momento, em 2002 formularam uma proposta denominada “Desenvolvimento de Tecnologias Assistenciais e Gerenciais para Consolidação de Redes Regionalizadas e Hierarquizadas de Serviços”, destacando a necessidade de avanços da rede de Saúde do Trabalhador proposta e sua integração ao SUS; a conformação e financiamento desta rede especializada e a estratégia para sua implementação. Assim, vários estados brasileiros apontavam os Centros de Referência em ST como a ferramenta necessária para a disseminação dessa prática especializada para o conjunto da rede de atenção à saúde (MAENO; CARMO, 2005).

A RENAST, instituída pela Portaria nº1.679 de 19 de setembro de 2002, foi apoiada pelos profissionais de saúde do trabalhador e setores ligados aos movimentos dos trabalhadores. Com aquela Rede, foi possível um financiamento extra para as ações de saúde do trabalhador, mediante um plano de trabalho em nível municipal e estadual. Assim, a “RENAST foi a principal estratégia Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) para o SUS”, iniciando nas regiões norte, nordeste e centro-oeste. Os objetivos da RENAST envolveram maior articulação intrasetorial do Ministério da Saúde e da Atenção Básica, retomaram a discussão de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador Intersetorial (Ministério do Trabalho e Emprego e Previdência Social), propôs a capacitação de profissionais, envolvendo estado e municípios e articulado com a Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde (SGETES), com a participação dos polos de educação permanente e de instituições de ensino (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 821).

Com a RENAST, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador deixaram de ser porta de entrada do Sistema e assumiram um espaço de retaguarda técnica e científica, devendo ser suporte para as ações de assistência e vigilância da saúde do trabalhador, facilitando os processos de capacitação e de educação permanente em toda a rede SUS, atuando no controle social e assumindo a articulação e a pactuação das ações de saúde intra e intersetorial para toda a região de sua competência (BRASIL, 2004). Os princípios e diretrizes da RENAST estão de acordo com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, sintetizadas como: atenção integral a ST (envolve o fortalecimento de ambientes e processos de trabalho saudáveis); articulação intrasetorial (envolve todas as instâncias do SUS, abrange ações assistenciais da atenção básica, média e de alta complexidade e grupos específicos de populações como portadores de necessidades especiais, crianças e adolescentes, mulheres e idosos); articulação intersetorial (Ministério do Trabalho e Emprego, previdência social e meio ambiente, fóruns de educação permanente, erradicação do trabalho infantil, conselho nacional de segurança química, de

direitos humanos e de biossegurança, os movimentos sociais e dos sindicatos dos trabalhadores); informação, apoio em estudos e pesquisas, capacitação permanente em ST e participação da comunidade na gestão das ações de ST (BRASIL, 2004; PNSST, 2004).

A partir da assistência, os agravos relacionados ao trabalho são identificados e notificados no sistema de informação. Diante dessa demanda são realizadas ações de vigilância (no ambiente e condições de trabalho) epidemiológica e ambiental, que também geram dados para o sistema de informação e encaminham os casos confirmados ou suspeitos para a rede de assistência à saúde. Esse ciclo ainda inclui as ações de promoção da saúde vinculados a rede de saúde e ainda, pelo setor trabalho, previdência social, meio ambiente, entre outros. O modelo de atenção da RENAST está organizado segundo os princípios da universalidade, integralidade, equidade e controle social, organizado para atender as demandas na perspectiva da Saúde do Trabalhador (DIAS; HOEFEL, 2005). Quanto a aplicação dos princípios do SUS ao campo de Saúde do Trabalhador, destaca-se:

“universalidade”: responsabilidade pelo cuidado da saúde de todos os trabalhadores e trabalhadoras, independente do tipo de vínculo ou inserção no mercado de trabalho. Atenção integral: são as ações de promoção, proteção, vigilância, diagnóstico, recuperação e reabilitação da saúde, envolvendo toda a rede de serviços de saúde e as ações intersetoriais, considerando o papel do trabalho na determinação das condições de saúde ou de doença, em particular os riscos e perigos presentes nos processos de trabalho. Participação da Comunidade: assegura o envolvimento dos trabalhadores e trabalhadoras nos processos de identificação das situações de risco presentes no trabalho e das consequências para a saúde. Além de garantir a possibilidade de participação dos trabalhadores no planejamento, acompanhamento e avaliação das intervenções sobre as condições geradoras das doenças e acidentes relacionados ao trabalho (MERLO; BOTTEGA; PEREZ, 2015, p. 16).

A RENAST incluiu entre seus componentes a rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), definindo dentre os objetivos desses Centros a oferta de subsídio técnico para o SUS nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais. Foi um passo importante para a criação desses Centros, o que permitiu que, no final dos anos 1990 existissem duzentos e dez (210) CERESTs implantados no país, sendo vinte e seis (26) estaduais e cento e setenta e quatro (164) regionais; no Rio Grande do Sul, naquele período, havia um CEREST estadual e onze regionais (Portaria GM/MS nº 2.978, 2009).

Apesar dos avanços no campo da saúde do trabalhador, desde a criação da RENAST foram apontadas algumas dificuldades a elas vinculadas, como, por exemplo, a organização centrada na atuação regionalizada dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, diferenciando-se da organização do SUS que prevê a municipalização; a pouca articulação

intra-setorial e inter-setorial; a falta de clareza nas atribuições das coordenações estadual, municipal e centro de referência; a falta de orientação quanto aos processos de pactuação dos procedimentos de assistência, vigilância e sistema de informação (áreas de atuação do CRST e Regionais de saúde não coincidem); o despreparo dos profissionais de saúde; o controle social fragilizado; o desvio de recursos destinados para a implantação da RENAST; e as isoladas ações de vigilância (DIAS; HOEFEL, 2005).

3.3 Construindo uma nova Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no século XXI

Esta seção pretende abordar sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, enfatizando alguns elementos que dizem respeito aos limites e desafios para a sua implementação. Evidentemente esta análise não tem a pretensão de esgotar a discussão existente sobre este tema, limitando-se a apresentar algumas tendências.

O contexto histórico sobre a implementação das políticas de saúde do trabalhador no Brasil mostra que não se pode trabalhar apenas com uma perspectiva normativa, em que o processo de institucionalização da política de saúde do trabalhador por si só consiga dar conta da complexidade que compreende o campo da saúde. O esforço para construir uma nova política de saúde do trabalhador e da trabalhadora se dá num contexto caracterizado por questionamentos dos direitos relacionados ao trabalho, com uma política de precarização, terceirização e privatização das políticas sociais.

A crise do mundo do trabalho neste início de século XXI está relacionada com um contexto histórico que iniciou com as consequências da crise do fordismo (início de 1970), desencadeando o processo de reestruturação do capitalismo. Mesmo com a recuperação do emprego formal, a partir de 2003, permaneceram os problemas da desestruturação e precarização das condições e relações de trabalho (MELO, 2011).

Percebe-se uma realidade desafiadora para os trabalhadores, expressa através da degradação física e mental decorrente da intensificação da jornada de trabalho, da precarização das relações, dos contratos de trabalho e da perda dos direitos sociais, entre outras questões que atingem a saúde dos trabalhadores. Mesmo adoecidos, os trabalhadores têm criado estratégias para não se afastar do emprego. O presenteísmo, definição utilizada para quem sofre deste mal (de não poder faltar ao trabalho), ocorre pelo medo do desemprego e do significado dado para o absenteísmo, que os coloca numa situação de “trabalhador problema” (PEREIRA, 2015).

Outra característica das empresas atuais é a estratégia de oferecer aos trabalhadores flexibilidade nos horários de trabalho, o denominado “flexitempo”, em que as pessoas atuam de forma individualizada, não possuem turno fixo para realizar o seu trabalho e, muitas vezes, em função das redes de comunicação, podem realizá-lo em casa, tornando sua “rotina autodestrutiva”, pois se perde o controle sobre seus próprios esforços (SENNET, 2012, p. 41). Estas “formas de controle para regular os processos de trabalho dos empregados fora da empresa” praticamente não são percebidas pela sociedade, pois se banalizam os contatos telefônicos, por e-mails e controle intra rede para acompanhar o trabalho que está sendo desenvolvido, como uma forma de controle (SENNET, 2012, p. 68).

Essas condições e relações de trabalho intensificam as doenças do trabalho (LER, distúrbios mentais causados pelo estresse, lombalgias, perdas auditivas, entre outros) e os acidentes de trabalho. As causas desses agravos estão relacionadas aos baixos salários, aos equipamentos inadequados (especialmente nos setores de produção que utilizam a terceirização e a quarteirização), o descumprimento dos programas de prevenção e controle dos riscos, “a cultura do EPI e de mudanças de comportamento” (LARA, 2016, p. 348).

A lógica conservadora que paira em relação ao EPI julga que os acidentes resultam, sobretudo, de comportamentos “inadequados” dos acidentados, isto é, da prática do ato inseguro pelos trabalhadores, em especial pelo não uso do EPI. Essa concepção advoga que o EPI proporciona uma vida sem acidentes no trabalho. Mas, ao tratar o EPI como panaceia, desconsidera os outros fatores que envolvem a ST (LARA, 2016, p. 348).

É nesse contexto heterogêneo de interesses que vêm sendo institucionalizadas as políticas de saúde do trabalhador. No Brasil, recentemente, foram publicadas duas políticas: a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST (Decreto N. 7602, de 7 de novembro de 2011) e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) (Portaria N° 1.823, de 23 de agosto de 2012).

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho tem por objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho”. A responsabilidade para a implementação e execução desta política é dos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social, sem prejuízo da participação de outros órgãos e instituições que atuem na área (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se ao conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do

trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2012). A referida política tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias que devem ser observadas nas esferas de gestão do SUS nacional, estadual e municipal, visando “o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, na promoção e na proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos” (BRASIL, 2012). Além disso, inclui todos os trabalhadores, independente de sexo, de localização geográfica urbana ou rural, da forma de inserção no mercado de trabalho formal ou informal, do vínculo empregatício público ou privado, se empregado ou desempregado, garantindo “assistência e recuperação dos agravos”, promoção, prevenção, vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, além “de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores” (BRASIL, 2012).

A PNSTT tem o objetivo de incorporar a categoria trabalho nos determinantes do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, assegurando que a identificação das condições de trabalho seja considerada nas ações dos serviços de saúde do SUS. Nesse sentido, muitos são os desafios para a sua implementação e, entre eles, está a efetivação das ações de saúde do trabalhador na Atenção Básica (MENDES, et.al. 2016, p. 233).

No que diz respeito aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS, estes são realizados de forma transversal, demandando relações horizontais entre os locais que compõem o sistema de saúde. Nesse contexto, a Atenção Básica é tida como centro de comunicação e centralização das necessidades de saúde (MENDES, et.al. 2016, p. 233).

O esforço para estruturar as ações em ST em todos os níveis de atenção da rede de serviços do SUS (Atenção Básica, CEREST e Serviços de Alta e Média Complexidade) surgiu no início do século XXI com a implementação da RENAST. As alterações que ocorreram na RENAST em 2005 (segundo a Portaria GM MS nº2437/2005) e que foram ampliadas em 2009 (a Portaria GM MS nº 2728/2009) visavam integrar as ações de ST na Atenção Básica, estabelecer linhas de cuidado, entre outras estratégias que favorecessem a “integralidade”. Nesta perspectiva, foi sendo construído o trabalho em “rede” (com o objetivo de integração e harmonia), oportunizando espaços de debate mais qualificados para a institucionalidade da saúde do trabalhador no SUS (LEÃO E VACONCELLOS, 2011).

A estruturação da RENAST no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS) pressupõe várias ações de ST junto a Atenção Básica em saúde. “Os CEREST ocupam papel fundamental na RENAST para a efetivação da PNSTT e, dentre suas responsabilidades, destaca-se o apoio matricial para a Atenção Básica de Saúde” (MENDES et.al, 2016, p. 231).

A Atenção Básica passa a contribuir com o funcionamento das RAS como ordenadora dos itinerários em saúde, “abarca um conjunto de competências e responsabilidades, tornando-se estratégico e central na garantia dos direitos a saúde”. A articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde é elemento importante para o reconhecimento das reais necessidades em saúde dos trabalhadores, considerando-se as particularidades regionais (MENDES, et.al, 2016).

Seguindo uma orientação presente na própria política nacional de saúde construída a partir da criação do SUS, passou-se a enfatizar a importância tanto da escala local quanto da escala regional na construção de agendas públicas de atuação visando o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, da prevenção de enfermidades e acidentes e atenção curativa aos trabalhadores. Assim, os trabalhadores são vistos por toda a rede de saúde, considerando a organização das redes de atenção e o papel de coordenação atribuído à Atenção Básica em saúde (DIAS; SILVA, 2013; BALISTA; SANTIAGO; CORREA FILHO, 2011). Este processo contribui com a atuação local, no que se refere às responsabilidades, desafios sociais, desenvolvimento de políticas e estratégias públicas, de forma a conduzir ações na direção da realização das reais expectativas de bem-estar dos trabalhadores, da comunidade e do território como um todo. Nessa perspectiva, o sistema busca redirecionar o modelo de atenção à saúde e sua relação com o trabalho, ampliando o entendimento das relações saúde-trabalho para a transversalidade da categoria trabalho, envolvendo a dimensão do processo produtivo, do desenvolvimento e de sua sustentabilidade (VASCONCELLOS; MACHADO, 2011).

Para a PNSTT, a questão da regionalização é vista como um aspecto importante para a efetividade da implementação das ações de ST. Para viabilizar esta proposta destaca-se a importância das atribuições do CEREST no âmbito da RENAST, desenvolvendo ações:

[...]desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência; dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica (BRASIL, 2012).

Para organizar a atenção à saúde do trabalhador, a RENAST também estabeleceu a necessidade de instituir Planos Estaduais de Saúde do Trabalhador, atribuindo essa responsabilidade às Coordenações Estaduais em conjunto com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, criando as unidades regionais de atendimento em saúde do trabalhador.

Nesse sentido, as responsabilidades dos municípios foram ampliadas na atenção básica, ao mesmo tempo em que estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde (DIAS; RIBEIRO, 2011). Para que se alcancem os objetivos desta política (a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde relacionados ao trabalho) seguem-se os princípios da universalidade, da integralidade, do diálogo social e a precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência e reabilitação (BRASIL, 2011).

As ações de saúde do trabalhador no âmbito do Ministério da Saúde incluem os três níveis de gestão do SUS, buscando garantir a integralidade do cuidado: a RENAST com os CEREST, ampliando a visibilidade das ações de saúde do trabalhador junto aos gestores e controle social; o Pacto pela Saúde, redefinindo a organização da saúde e atribuindo à atenção primária o papel de estruturador; e a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que atribuiu à atenção primária o papel de centro de comunicação da rede (SANTANA; DIAS; SILVA, 2014).

Diante da necessidade em fortalecer a relação entre Atenção Básica e CEREST para a efetivação da PNST no SUS, destaca-se um estudo realizado no Rio Grande do Sul, envolvendo as sete macrorregiões de saúde. Os resultados mostram alguns desafios a serem enfrentados pelos CEREST, um se refere ao caráter regionalizado de estruturação do deste serviço.

Nesse aspecto, a abrangência acaba limitada não apenas pelos aspectos geográficos e territoriais, mas também pela ausência de fluxos e processos, pela falta de escopo das responsabilidades entre os municípios que compõem a regional e pela falta de compreensão do papel dos gestores municipais ao qual o CEREST encontra-se vinculado. Tal fato resulta na concepção de pertencimento restrito ao município – sede destituindo-o de sua abrangência intermunicipal e responsabilidade de articulação da rede de atenção regional (MENDES et.al.2016, p. 237).

Outro aspecto observado refere-se a cultura de que o CEREST, por ser um serviço especializado, deva substituir as responsabilidades do município, fragmentando o trabalho em rede. Ainda, a dificuldade ou ausência de reconhecer o usuário como trabalhador, não fazendo o nexa da queixa com o trabalho e o fato do CEREST ser compreendido como “porta de entrada” para os agravos relacionados ao trabalho, como se o serviço não fizesse parte da RAS.

Assim, constata-se uma tensão entre o papel atribuído na formação permanente em ST, lugar esse que traz importante contribuição para a Atenção Básica, e a construção da identidade destes serviços. Uma vez que esse processo, na maioria das vezes, é individualizado e estabelecido de acordo com o perfil dos profissionais que atuam na rede básica (MENDES et.al.2016, p. 238).

A formação permanente para a vigilância em saúde é considerada, atualmente, um dos grandes desafios do SUS, em especial para a Atenção Básica, que necessita o apoio matricial dos CEREST. Em relação as notificações, este estudo também evidenciou que existem inúmeros protocolos e sistemas de informação diferenciados, o que dificulta ainda mais as notificações e ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), apontando para a necessidade de aprimoramento e melhor monitoramento dos agravos relacionados ao trabalho (MENDES et.al., 2016).

Sobre o sistema de informação, existem quatro grandes sistemas de informação padronizados em todo o território nacional sobre os agravos relacionados ao trabalho, mas não estão organizados para formar um sistema nacional de monitoramento. O primeiro, gerenciado pelo Ministério da Previdência Social para registro de acidentes do trabalho (DATAPREV); o segundo e o terceiro, gerenciados pelo Ministério da Saúde, denominados Sistema de Informação de Mortalidade, para declarações de óbito, e Sistema de Informação Hospitalar, para registro das internações hospitalares; o quarto, gerenciado pelo Ministério do Trabalho e Emprego com dados sobre contratos formais de trabalho, responsável pelo relatório anual de informações sociais (WALDVOGEL, 2011).

Ainda, em relação as dificuldades para a implementação da PNSTT, Minayo-Gomez (2013) enfatiza que os gestores e os profissionais da área de saúde do trabalhador apresentam dificuldades no fortalecimento das ações de VISAT no seu território de abrangência. Segundo Vasconcellos, Minayo-Gomez e Machado (2014), esta atribuição vista como prioritária na PNSTT também consta na agenda do Ministério da Saúde, que prevê o fortalecimento da VISAT e a sua integração com as demais Vigilâncias em Saúde. Considerando as realidades heterogêneas dos CEREST, esta dificuldade está relacionada a falta de planejamento operacional a nível nacional, que não apresenta um modelo (diferente das outras políticas públicas de saúde que trazem protocolos definindo as ações de saúde e as atribuições dos profissionais); a instância regional não reconhece os problemas do território em que estão inseridos; as equipes de saúde não identificam as reais necessidades e a pouca participação dos trabalhadores nas Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST), o que representa baixa efetividade do controle social para garantir a priorização de ações de atenção em saúde do trabalhador nos planos estaduais e municipais de saúde.

As ações da VISAT sempre estiveram sob a responsabilidade dos CEREST e dos setores da Vigilância em Saúde do Trabalhador dos estados e municípios. As ações da VISAT descritas na PNSTT (cap. II, Art. 9º) pressupõem:

- a) planejamento conjunto entre as vigilâncias, com eleição de prioridades comuns para atuação integrada, com base na análise da situação de saúde dos trabalhadores e da população em geral, e no mapeamento das atividades produtivas e com potencial impacto ambiental no território;
- b) produção conjunta de protocolos, normas técnicas e atos normativos, com harmonização de parâmetros e indicadores, para orientação aos Estados e Municípios no desenvolvimento das ações de vigilância, e especialmente como referência para os processos de pactuação entre as três esferas de gestão do SUS;
- c) harmonização e, sempre que possível, unificação dos instrumentos de registro e notificação de agravos e eventos de interesse comum aos componentes da vigilância;
- d) incorporação dos agravos relacionados ao trabalho, definidos como prioritários para fins de vigilância, nas listagens de agravos de notificação compulsória, nos âmbitos nacional, estaduais e municipais, seguindo a mesma lógica e fluxos dos demais;
- e) proposição e produção de indicadores conjuntos para monitoramento e avaliação da situação de saúde;
- f) formação e manutenção de grupos de trabalho integrados para investigação de surtos e eventos inusitados e de investigação de situações de saúde decorrentes de potenciais impactos ambientais de processos e atividades produtivas nos territórios, envolvendo as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, saúde do trabalhador e rede de laboratórios de saúde pública;
- g) produção conjunta de metodologias de ação, de investigação, de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de vigilância nos ambientes e situações epidemiológicas;
- h) incorporação, pelas equipes de vigilância sanitária dos Estados e Municípios, de práticas de avaliação, controle e vigilância dos riscos ocupacionais nas empresas e estabelecimentos, observando as atividades produtivas presentes no território;
- i) investimentos na qualificação e capacitação integradas das equipes dos diversos componentes da vigilância em saúde, com incorporação de conteúdos específicos, comuns e afins, nos processos formativos e nas estratégias de educação permanente de todos os componentes da Vigilância em Saúde;
- j) investimentos na ampliação da capacidade técnica e nas mudanças das práticas das equipes das vigilâncias, especialmente para atuação no apoio matricial às equipes de referência dos municípios;
- k) participação conjunta nas estratégias, fóruns e instâncias de produção, divulgação, difusão e comunicação de informações em saúde;
- l) estímulo à participação dos trabalhadores e suas organizações, sempre que pertinente, no acompanhamento das ações de vigilância epidemiológica, sanitária e em saúde ambiental, além das ações específicas de VISAT; e
- m) atualização e ou revisão dos códigos de saúde, com inserção de disposições sobre a vigilância em saúde do trabalhador e atribuição da competência de autoridade sanitária às equipes de vigilância em saúde do trabalhador, nos Estados e Municípios (BRASIL, 2012)

No entanto, percebe-se a crescente tendência de descentralização das ações e do importante papel da Atenção Básica em desenvolver as ações da VISAT, na medida em que se amplia a visibilidade da presença do trabalho e dos trabalhadores no território de abrangência. Algumas características da Atenção Básica favorecem as práticas de VISAT, como: a capilaridade da rede de atenção, presente em todos os municípios brasileiros; a forma como é

organizado o trabalho das equipes de saúde a partir do território, fortalecendo o vínculo entre usuário e equipe (o que possibilita maior eficiência no planejamento e na execução das ações de saúde aos trabalhadores do mercado formal e informal de trabalho). As ações da VISAT podem ser definidas a partir da Atenção Básica, que tem informações concretas da realidade dos trabalhadores se considerar: o perfil epidemiológico dos agravos relacionados ao trabalho; os riscos à saúde identificados a partir das atividades produtivas presentes no território, especialmente as realizadas no domicílio (VASCONCELLOS; MINAYO-GOMEZ; MACHADO, 2014).

Na condição de trabalho flexível, muitos trabalhadores passaram a realizar sua atividade ocupacional no próprio domicílio, “muitas vezes envolvendo a família e incorporando crianças e idosos, grupos mais vulneráveis da população, em atividades perigosas e informais, a descoberto de garantias trabalhistas e da proteção previdenciária” (DIAS, et.al. 2016, p.9). Outros trabalhadores não têm acesso aos serviços de saúde por viverem mais tempo no trabalho do que em suas residências, típicas nas regiões metropolitanas. Diante dessa realidade, começam a surgir propostas de incluir na população adscrita à Atenção Básica / Estratégia de Saúde da Família (ESF), além dos que residem, aqueles que trabalham no território. Esta proposta está de acordo com o documento de Alma Ata, instituído em 1978, que destaca a importância de “levar atenção à saúde de qualidade e resolutiva o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham”. Nesse cenário, aumenta a responsabilidade do SUS e, em especial, da Atenção Básica (DIAS et al., 2016, p. 18).

Além da Atenção Básica, a PNSTT explicita responsabilidades e diretrizes a serem desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, Ministério da Previdência Social e Ministério do Trabalho. Com foco na transversalidade, pretende superar a fragmentação e a superposição das ações institucionais estatais e reconhecer a importância do ambiente e da sustentabilidade (SANTANA; DIAS; SILVA, 2014). A Previdência Social é responsável pela gestão de acesso aos benefícios de compensação, quando o trabalhador torna-se incapacitado para o trabalho, podendo ser decorrente dos agravos à saúde no geral, quando recebem o benefício previdenciário, ou relacionados ao trabalho, quando recebem o benefício acidentário, financiados pelo Seguro Acidente de Trabalho (SAT). Para o SAT há contribuição das empresas, segundo cálculo das alíquotas que ocorrem conforme o Nexo Técnico Epidemiológico de Prevenção (NTEP) e o Fator Acidentário de Prevenção (FAP)¹³. Com esse controle, as empresas

¹³ Conforme resolução 1.389 de 25/4/2017, o FAP sofre alterações para 2018. Uma das alterações refere-se ao cálculo do fator - é a exclusão dos acidentes de trabalho sem concessão de benefícios, exceto acidentes que

onde ocorre o agravo relacionado ao trabalho passam a ser penalizadas com o pagamento de alíquotas, o que favorece a subnotificação dos agravos. O MTE atua no campo da saúde do trabalhador como órgão normativo, elaborando NR e inspeções dos ambientes de trabalho. O Ministério Público do Trabalho (MPT) integra o Ministério Público da União (MPU) e tem como missão institucional a defesa, a democracia e a garantia dos direitos dos trabalhadores, incluindo os informais e os autônomos (SANTANA; DIAS; SILVA, 2014).

Diante da necessidade de tantas articulações, a RENAST enfrenta muitos desafios pela limitada importância desta área dentro da estrutura ministerial, que aliada aos interesses políticos impactam no efetivo desenvolvimento das ações e na autonomia dos CEREST. A Previdência Social, apesar de ter inserido o Nexo Técnico Epidemiológico, implementou outros mecanismos que restringem os beneficiados como a alta programada e a limitada possibilidade de reabilitação profissional, o que vem provocando aumento no número de pessoas doentes e, ainda, desamparados pelo estado em seus direitos (CHIAVEGATTO; ALGRANTI, 2013).

Com a dificuldade de atuação do estado, o MPT vem proporcionando maior equidade aos graves problemas individuais e coletivos enfrentados rotineiramente na crescente judicialização das questões relacionadas a ST. Diante disso, questionam-se os elevados custos envolvidos nesses processos judiciais, que provavelmente são superiores aos gastos com a vigilância e a assistência à saúde, tanto para o estado quanto para as empresas (CHIAVEGATTO, ALGRANTI, 2013).

Outras incoerências podem ser observadas: a PNSTT é resultante da pressão dos profissionais e representantes da sociedade civil desde a década de 1990, que cobra do estado maior consistência das ações públicas na área de Saúde do Trabalhador. Uma das incoerências do decreto está na omissão dos dados epidemiológicos referentes a concessão de benefícios da Previdência Social e, também, as ações de vigilância nos processos de trabalho que permanecem a cargo do MTE, deixando para o setor saúde apenas as ações educativas e orientativas (COSTA et al., 2013).

Exemplificando, o parágrafo 2, Art. 14 - estabelece que cabe aos CEREST realizar ações diretas de vigilância, somente em caráter complementar ou suplementar para situações “em que o Município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para

resultarem em óbito. A inclusão desse tipo de acidente implica em um cálculo do índice de frequência que não diferencia empresas que causam acidentes com maior gravidade daquelas que causam os de menor gravidade. A retirada dos acidentes de trajeto do cálculo do FAP também está entre as mudanças aprovadas, considerando que esse critério não deve bonificar ou sobretaxar a empresa, uma vez que o empregador não possui ingerência sobre os acidentes de trajeto. A partir de 2018, o bloqueio de bonificação por morte ou invalidez continuará valendo; no entanto, esse bloqueio só valerá durante o ano em que ocorreu o acidente e os sindicatos não terão mais a prerrogativa de desbloquear a bonificação.

aquelas definidas como de maior complexidade”. Esta redação exprime uma dubiedade que se reflete na fragilidade das ações de vigilância, na ausência de prioridades e programas articulados nos vários níveis do território. Sem autoridade sanitária, como infelizmente ocorre na maioria dos CEREST, como desenvolver a competência da própria equipe, que tem a função de ser referência para a rede? Ou seja, como ser referência sem o desenvolvimento da própria ação? Como tratar riscos que ultrapassam em muito as fronteiras do território municipal e mesmo estadual – como podemos exemplificar com a cadeia produtiva do açúcar e do álcool, ou com as mortes e mutilações que ocorrem no transporte de carga rodoviária, que apresenta atualmente uma das maiores taxas de mortalidade pelo trabalho no país? Será possível acreditar que ações de vigilância e intervenção ocorrerão a partir das ações da rede básica, atualmente contando com quadro reduzido e focado no aspecto assistencial? (COSTA et al., 2013.p.18).

Em geral as ações dos CEREST não são suficientes, pois necessitam apoio de outras instâncias para realizar as ações de vigilância, as quais não priorizam os agravos relacionados ao trabalho. São questões que vem mostrando “uma política de estado incoerente com as perspectivas de superação da precariedade do trabalho contemporâneo e com a proteção integral da saúde dos trabalhadores” (COSTA, 2013, p. 18). Na esfera do SUS, a ST enfrenta maiores desafios para a sua efetiva implantação, comparada a outros campos de atuação.

As razões situam-se na essência das relações sociais de produção, em que sobressaem os conflitos de classe e a hegemonia do poder político-econômico na condução das políticas públicas. A presente contradição de o SUS ser uma política de bem-estar social abrigada em um estado de ‘bem-estar do mercado’ coloca a ST no centro de um debate político -normativo e epistemológico, que se justifica pelo enorme impacto do adoecimento e morte no trabalho que a saúde pública ainda não dimensionou acuradamente e não enfrenta cotidianamente. (VASCONCELLOS; AGUIAR, 2017, p. 606).

Ainda, vale destacar nesta análise que o SUS carece de expandir suas ações para além dos serviços assistenciais e hospitalares, deve resgatar os conceitos ideológicos e políticos da saúde do trabalhador para discutir as persistentes visões técnicas e medicocêntricas e as resistências corporativas e institucionais de referenciar o trabalhador como sujeito da construção do campo (VASCONCELLOS; MACHADO, 2011). A gestão do SUS está centrada na doença em detrimento das causas, seguindo o modelo de saúde pré-constitucional (VASCONCELLOS; AGUIAR, 2017).

Um estudo sobre os desafios para a implementação da PNSTT no Estado do Piauí identificou como um dos pontos críticos na atuação do CEREST a prática assistencial fundamentada no modelo biomédico. Este comportamento assistencial favorece a desarticulação dos demais serviços da rede de saúde. “É necessária a articulação entre as ações de assistência, vigilância, educação e promoção da saúde em toda rede de forma que uma possa

fornecer subsídios para as outras no intuito de promover a garantia da integralidade da atenção à ST” (ROSA, MONTE, 2016, p. 279).

Este tópico não tem a pretensão de trazer todos os aspectos que envolvem a implementação de políticas públicas de saúde do trabalhador no contexto do século XXI, mas de trazer algumas discussões que evidenciam desafios. Os resultados dos estudos aqui apresentados destacaram que o contexto de ST como política pública necessita de muitos ajustes, conforme conclui Mendes et.al, (2016), quando discute os desafios dos CEREST na relação com a Atenção Básica no RS:

As ações no âmbito da ST ainda permanecem distantes das possibilidades que nela se apresentam para o diagnóstico, vigilância, atenção, direito à informação, entre outros pontos importantes. Essa lacuna trata justamente de um conjunto de demandas e necessidades relacionadas ao processo saúde-doença, expressões das configurações pelas quais o trabalho se manifesta na atualidade. Contexto esse acrescido de um processo sociopolítico e técnico de implementação das ações de ST, que vem favorecendo, por vezes, que esse trabalhador seja visto como um usuário do sistema, tornando invisível a sua condição de trabalhador (MENDES et.al.2016, p. 241).

Apesar dos desafios continuarem presentes, houveram avanços conceituais e de ampliação do campo de atuação da ST no SUS, especialmente para a Atenção Básica de Saúde, qualificando as ações para além da assistência, desenvolvendo prevenção, promoção e vigilância, favorecendo as condições de trabalho e norteando ações mais efetivas de saúde do trabalhador.

Importante destacar, ainda, que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora propõe o apoio matricial à Atenção Básica de Saúde para que as equipes de saúde possam construir uma linha de cuidado integral aos usuários-trabalhadores. A Atenção Básica é a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, portanto, possui a função de ordenar as ações e “apresenta maior potencialidade para atender os agravos e o cuidado em saúde desses usuários/trabalhadores” (MENDES et. al, 2016, p. 232). As ações para capacitação de recursos humanos previstas na PNSTT, das quais destaca-se:

VI - inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos processos formativos e estratégias de educação permanente, cursos e capacitações, para profissionais de nível superior e nível médio, com destaque àqueles destinados às equipes de Vigilância em Saúde, à Saúde da Família e aos gestores;

- capacitação para aplicação de protocolos, linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, com ênfase à identificação da relação saúde-trabalho, ao diagnóstico e manejo dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, incluindo a reabilitação, à vigilância de agravos, de ambientes e de processos de trabalho e à produção de análise da situação de saúde;

- capacitação voltada à aplicação de medidas básicas de promoção, prevenção e

educação em saúde e às orientações quanto aos direitos dos trabalhadores (BRASIL, 2012).

Destaque-se, também, que o controle social de forma institucionalizada na saúde está previsto no SUS, conforme diretriz apresentada no art. 198, especificadamente, a Lei 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (que deverão ser movimentados sob o controle e fiscalização dos conselhos de saúde) (AGUIAR, 2011, p. 48). A própria organização do SUS, nesse sentido, delimita a atuação administrativa, econômica ou política nos seus espaços de atuação (município, distrito sanitário, microárea, área de abrangência da saúde e outros). Essa estrutura foi instituída pelo movimento da reforma sanitária e, desde sua aprovação, apresenta em suas diretrizes operacionais a “regionalização e a municipalização”. No contexto SUS, a regionalização compreende “a organização dos serviços com base na complexidade tecnológica, localizadas em áreas geográficas delimitadas e população definida”, organizada como um polo assistencial para dar suporte à vários municípios, tendo como norte o que cada um produzia para pensar em proteção e recuperação da saúde (GONDIM et al., 2008 p. 239).

E é com essa base de pressupostos teóricos, metodológicos, históricos, apresentados ao longo do segundo e terceiro capítulos, que nessa tese o processo histórico de construção de uma política regional de saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras na Região 28 de Saúde no Rio Grande do Sul é colocado em questão.

4 A POLÍTICA DE SAÚDE DOS TRABALHADORES E DAS TRABALHADORAS NO ÂMBITO DA REGIÃO 28 DA SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

A partir desse capítulo da tese, os dados empíricos coletados e organizados passam a embasar a análise sobre a construção da política de saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras na Região 28 de Saúde. Para dar conta dos objetivos da pesquisa que nortearam a construção da presente tese, foram considerados tanto dados quantitativos quanto dados qualitativos. Essa “triangulação dos dados” possibilitou a interação de questões objetivas e subjetivas, ao mesmo tempo em que considerou a “análise do contexto, da história, das relações, das representações e da participação” (MINAYO, 2005, p. 29). E a utilização dessa estratégia de levantamento de dados, nesse sentido, ampliou o “espectro de contribuições teórico-metodológicas, de forma a perceber os movimentos, estruturas, ação dos sujeitos, indicadores e relações entre micro e macro realidades” (IDEM, *Ibid.*, p. 29).

É importante destacar que a pesquisa atendeu aos princípios éticos indicados em sua importância na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. Nessa direção, já o projeto de tese foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob parecer nº 1.559.188. Seguindo as orientações éticas do referido Comitê, durante a realização das entrevistas foi utilizado um “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Apêndice A), que foi apresentado a todos os sujeitos que concederam entrevistas, a partir do qual buscou-se o consentimento e a concordância em participação voluntária (todos os indivíduos que participaram deste estudo assinaram o referido Termo).

Entre os princípios éticos constantes no Termo de Consentimento utilizado estão à anuência do sujeito da pesquisa após a explicação completa e detalhada sobre a natureza da mesma, objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e incômodos que a pesquisa pode acarretar. É importante ressaltar que os dados coletados foram utilizados exclusivamente para o desenvolvimento do estudo e, após defesa e aprovação desta tese, deverão ser considerados apenas em publicações e apresentações em eventos científicos, respeitando-se os princípios dispostos no Termo de Consentimento considerado durante a realização do trabalho de campo.

Registre-se, também, a alegria que a autora desta tese sentiu (e sente) pelo encontro que a pesquisa proporcionou com pessoas (profissionais, lideranças políticas etc.) que, efetivamente, fazem parte da história das políticas públicas relacionadas à saúde dos trabalhadores na Região 28 de Saúde. Além dos textos publicados e consultados, de intelectuais que também militam no campo da saúde do trabalhador, foram realizadas entrevistas com líderes históricos nas mobilizações visando a construção de políticas de saúde dos trabalhadores na Região de estudo.

Os dados foram coletados através de entrevistas com trabalhadores da saúde, que atuavam no momento da coleta no CEREST/Vales (três profissionais), na Coordenadoria da Região 28 de Saúde (dois profissionais), nas UMRESTs (dois profissionais) e na CIST (dois profissionais), contemplando todos os municípios da Região que possuíam CIST e UMREST. Também foram entrevistados quatro representantes de sindicatos de trabalhadores localizados no município de Santa Cruz do Sul, mas com atuação na Região: Sindicato dos Metalúrgicos, Sindicato dos Bancários, Sindicato da Indústria do Fumo e Alimentação e Sindicato dos Comerciários. Além de três lideranças empresariais: um dirigente da Câmara do Comércio, Indústria e Serviços de Venâncio Aires; um dirigente do Sindicato Interestadual da Indústria do Tabaco, localizado em Santa Cruz do Sul; um dirigente da Câmara de Dirigentes Lojistas de Santa Cruz do Sul.

As entrevistas que foram realizadas com representantes da CIST e com os profissionais de saúde integrantes do CEREST e das UMRESTs seguiram um roteiro organizado a partir dos seguintes blocos temáticos: 1. Histórico de atuação no campo da saúde do trabalhador; 2. As concepções sobre política pública da saúde do trabalhador; 3. Avaliação da atuação do Estado no campo da saúde do trabalhador na região; 4. Os desafios colocados atualmente para a saúde do trabalhador e para a estruturação de uma política regional de saúde do trabalhador (Apêndices E, F e G).

As entrevistas realizadas com representantes das instituições de representação sociopolítica das empresas e com representantes dos sindicatos de trabalhadores seguiram um roteiro que foi organizado com os seguintes blocos temáticos: 1. Percepções sobre as mudanças no mundo do trabalho e suas repercussões sobre a saúde do trabalhador; 2. Percepções sobre o trabalho nas empresas e a relação com a saúde; 3. Percepções sobre a relação entre o trabalhador e sua saúde; 4. Indicação das políticas adotadas pelas empresas em relação à saúde dos trabalhadores; 5. Concepções sobre política pública da saúde do trabalhador; 6. Avaliação da atuação do Estado no campo da saúde do trabalhador na região e os desafios colocados

atualmente para a saúde do trabalhador (Apêndice D).

Além disso, considere-se que foram levantados e analisados documentos da Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul sobre a estruturação dos serviços de atendimento aos trabalhadores (projeto, protocolo, relatório), a legislação acerca das políticas de atenção à saúde do trabalhador (no Brasil, no Rio Grande do Sul e na Região de estudo), dados dos municípios pertencentes à Região, as notificações dos agravos relacionados ao trabalho (a partir dos dados do CEREST/Vales).

Conforme orientação metodológica proposta, os dados primários foram coletados por meio de entrevistas individuais, gravadas e transcritas para posterior compilação e análise de dados. As entrevistas foram individuais, com questões abertas, permitindo aos entrevistados uma narração livre. Em média, as entrevistas tiveram duração de duas horas, embora não tenha sido definido previamente um tempo para a sua realização.

São esses dados, portanto, que sustentam empiricamente a análise apresentada no presente capítulo, que está organizado em quatro seções. A primeira seção está dedicada à contextualização da Região 28 de Saúde, resgatando aspectos históricos de sua formação, com ênfase à importância que o município de Santa Cruz do Sul tem na Região, tanto sob o ponto de vista de sua dinâmica econômica quanto no que diz respeito à estruturação de uma rede de serviços e de instituições no campo da saúde. A segunda seção dedica-se ao processo de construção da política regional de saúde dos trabalhadores na Região de estudo, atentando para os conflitos, para os desafios, para a participação de diferentes instituições; uma análise que foi construída, principalmente, a partir das entrevistas realizadas com profissionais da saúde e de documentos levantados e analisados durante a realização do trabalho de campo. A terceira e a quarta seções dedicam-se à análise das concepções dos profissionais de saúde, das lideranças sindicais e das lideranças empresariais acerca da saúde dos trabalhadores e da construção de uma política regional da saúde dos trabalhadores na Região 28 de Saúde.

4.1 A Região 28 de Saúde (RS): aspectos históricos de sua formação socioeconômica

De início, é importante destacar que a regionalização da saúde, no contexto de construção do SUS, está vinculada à maior participação socioespacial, além de auxiliar na organização, no planejamento e na gestão das ações e serviços de saúde, de acordo com as características sociais, políticas e econômicas dos espaços locais e regionais. Nesse sentido, ela é uma referência na definição de prioridades, de utilização de recursos disponíveis,

incentivando o compartilhamento de responsabilidades entre os governos e a participação da sociedade.

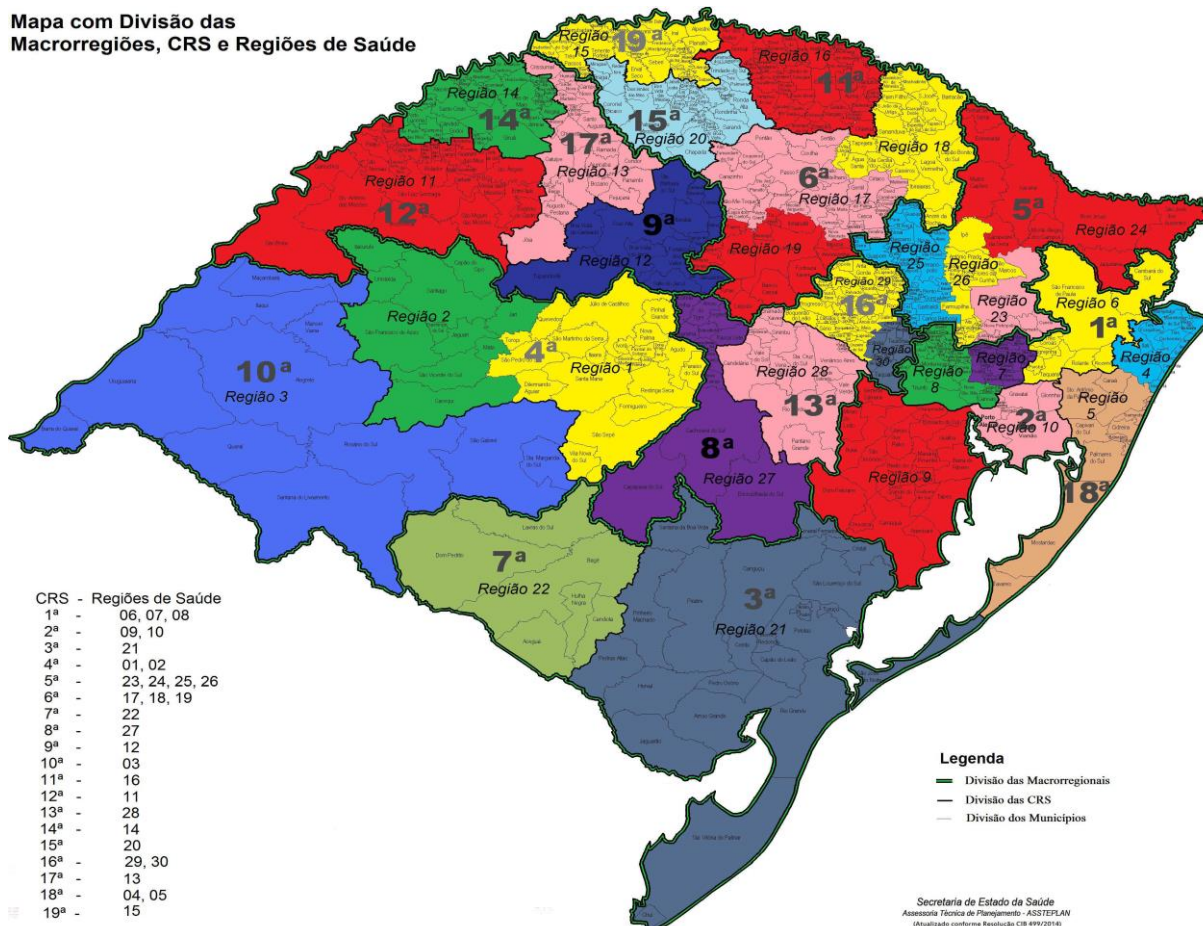
Sob o ponto de vista da legislação, as “regiões de saúde” atendem ao Decreto do Ministério da Saúde (nº 7.508, de 28 de junho de 2011), que regulamentou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. No referido decreto, a “região de saúde” foi definida como “um espaço geográfico contínuo, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2011).

Em se tratando de Rio Grande do Sul, é importante complementar que a definição de região de saúde foi contemplada na Resolução nº 555/12/RS, a partir da qual a Comissão Intergestores Bipartite/RS (CIB/RS) alterou a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, instituindo Comissões Intergestores Regionais (CIR) e definindo a “região de saúde” da seguinte forma:

Território vivo composto por um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

A partir desse processo histórico de regionalização das políticas de saúde, no Rio Grande do Sul foram definidas, então, 30 (trinta) Regiões de Saúde, conforme pode ser observado no Figura a seguir apresentado (Figura 01).

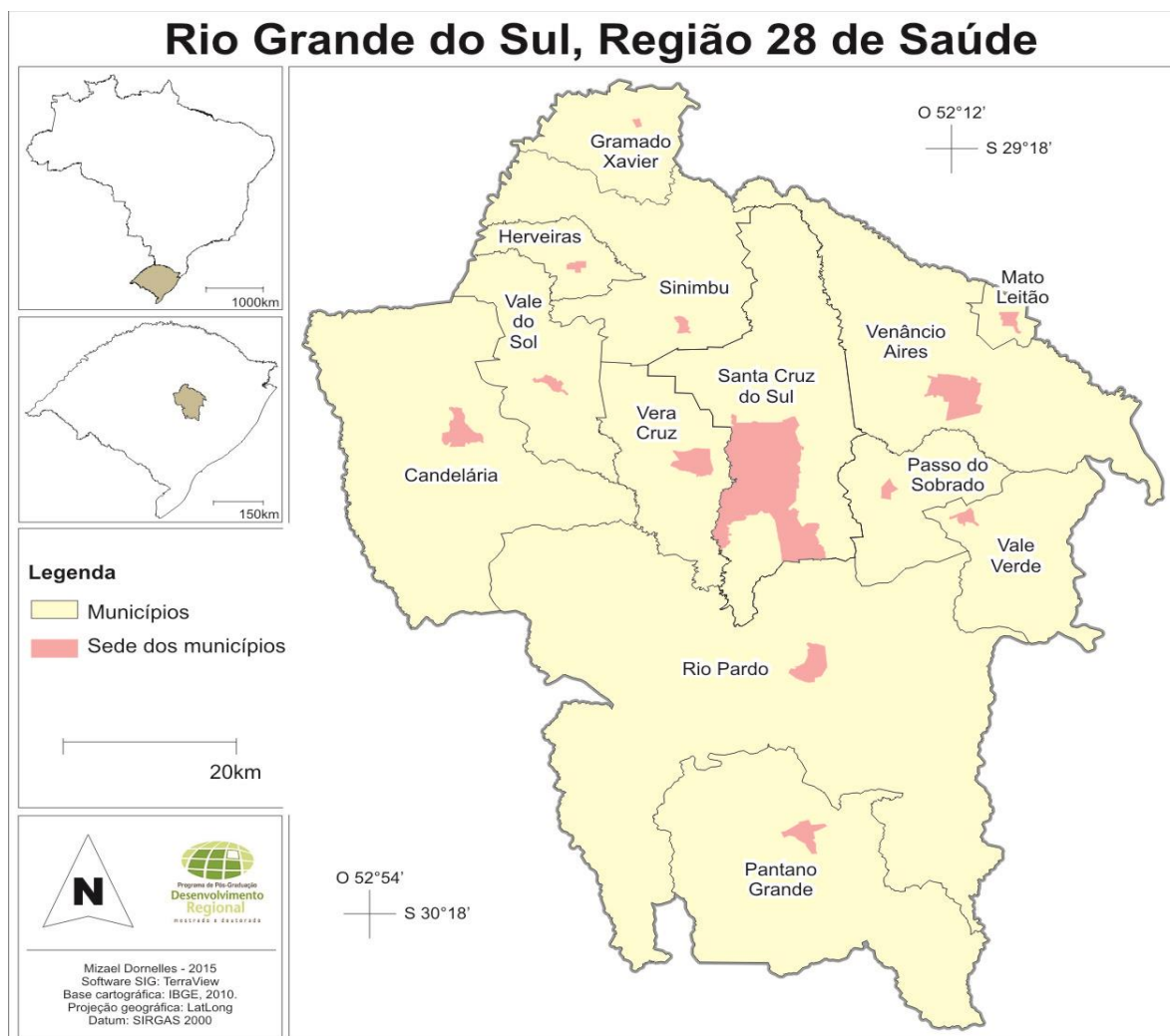
FIGURA 01: Divisão das Macrorregiões, Coordenadorias Regionais de Saúde e Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul.



Fonte: Secretaria da Saúde – Rio Grande do Sul (2017).

A Região 28 de Saúde, território sobre o qual essa tese dirige a atenção para a análise da construção de políticas regionais de saúde dos trabalhadores, está constituída por 13 (treze) municípios: Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale Verde, Vale do Sol, Venâncio Aires, Vera Cruz. Com exceção do município de Mato Leitão, esses municípios estão localizados no Vale do Rio Pardo (Figura 02).

FIGURA 02 – Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul.



Fonte: Elaborado por Mizael Dornelles em 2015, a partir da Secretaria de Saúde do RS (vigente em 2015).

Sob o ponto de vista de sua formação histórica, a Região 28 de Saúde está diretamente vinculado ao Vale do Rio Pardo, localizado na região centro-oriental do estado do Rio Grande do Sul. Uma Região constituída por 25 (vinte e cinco) municípios, marcados por afinidades socioculturais e econômicas, mas, também, por diferenças e desigualdades. Nos estudos existentes sobre a formação histórica do Vale do Rio Pardo, em função das características socioeconômicas, geográficas e de formação histórica costuma-se destacar três sub-regiões: a sub-região norte, a sub-região central e a sub-região sul (STÜLP, 2001; VOGT, 2001).

Dessas, as sub-regiões centro e sul concentram grande parte dos municípios que integram a 28ª Região de Saúde (RS), sendo eles: Santa Cruz do Sul, Herveiras, Sinimbu, Mato Leitão, Candelária, Vale do Sol, Vera Cruz, Venâncio Aires, Passo do Sobrado, Vale Verde, Rio Pardo e Pantano Grande. Nesse sentido, apenas o município de Gramado Xavier encontra-se na

sub-região norte. E o município de Mato Leitão não pertence à Região do Vale do Rio Pardo (vincula-se à região do Vale do Rio Taquari).

Dentre as três sub-regiões do Vale do Rio Pardo, na sub-região central estão localizados os municípios de maior importância (tanto sob o ponto de vista econômico, da distribuição da população, quanto do ponto de vista de sua formação histórica), dentre os quais o município de Santa Cruz do Sul, onde está localizado o maior complexo agroindustrial do tabaco do planeta e que, em função disso, é responsável por mais da metade da produção econômica de toda a região do Vale do Rio Pardo (ETGES, 2001; VOGT, 2001).

Inicialmente, a região do Vale do Rio Pardo foi ocupada por diversas tribos indígenas (Umbu, Tupi-guarani, Caingangue), seus primeiros habitantes. As tribos indígenas existentes na região, antes da ocupação de imigrantes europeus, cultivavam erva-mate, trigo, milho e criavam bois, suínos, cabras e ovelhas (IDEM, *Ibid.*). Ainda no período colonial, no entanto, o Vale do Rio Pardo passou a ser ocupado pelos portugueses, dado, inclusive, estar situado numa região que, naquele contexto histórico, era área de disputa entre portugueses e espanhóis. Em razão disso, o hoje município de Rio Pardo se constituiu numa das primeiras vilas criadas no Rio Grande do Sul, ocupando um importante e estratégico espaço de defesa da fronteira portuguesa no Rio Grande do Sul.

A partir do século XVIII, Rio Pardo passou a ocupar não somente uma posição militar estratégica, mas, também, de centro de produção agrícola e pecuária de corte e de entreposto de comércio no território gaúcho. A localização de Rio Pardo, banhada pelo Rio Jacuí, permitia que, através do transporte fluvial, a região fosse ligada com Porto Alegre, dessa forma constituindo rotas de comercialização entre a capital do estado e um vasto território sul-riograndense (IDEM, *Ibid.*).

A partir do século XIX, porém, o território onde hoje está localizado o município de Santa Cruz do Sul recebeu os primeiros imigrantes europeus, basicamente imigrantes alemães. A imigração dos alemães para o Brasil teve como razão, principalmente, a consolidação do capitalismo na Europa, do que decorreu a geração de uma população excedente naquela parte do planeta, que, então, no século XIX, passou a ser “exportada” para a América Latina. Aquele movimento migratório resultou em grandes mudanças no espaço econômico e produtivo na região, contribuindo para que Santa Cruz do Sul aos poucos fosse assumindo o lugar de importância que até então ocupava Rio Pardo (ETGES, 1991; SILVEIRA; HERMANN, 2001). Em 1849 foi criada a colônia de Santa Cruz, que se iniciou tendo como base econômica a agricultura familiar; posteriormente, houve um crescente desenvolvimento do núcleo urbano,

principalmente após a chegada de novos contingentes de imigrantes alemães, que aumentaram significativamente a população local (MONTALI, 1979). Em decorrência, em 1877 Santa Cruz foi elevada à condição de Vila (VOGT, 1997).

Registre-se, também, que outros municípios atualmente importantes no Vale do Rio Pardo, como são os casos de Venâncio Aires e de Candelária, formaram-se a partir da participação decisiva de empresas particulares de colonização, que contribuíram para que imigrantes europeus fossem se fixando em vales, proximidade de arroios e rios, desbravando matas e povoando aos poucos os diferentes territórios (SILVEIRA; HERMANN, 2001).

Sob o ponto de vista de sua formação econômica, já a partir da segunda metade do século XIX a produção de tabaco começou a despontar como principal atividade econômica no Vale do Rio Pardo, em especial nas suas sub-regiões central e norte. A produção de tabaco passou a ocupar importância diferenciada na pequena produção agrícola dos imigrantes alemães, colocando-se como produto de comercialização que se somava aos produtos voltados às necessidades de subsistência (STÜLP, 2001; ETGES, 1991; VOGT, 1997).

No caso específico do município de Santa Cruz do Sul, afinal desde o século XIX o principal município do Vale do Rio Pardo, a atividade fumageira teve significativa participação em sua dinâmica de desenvolvimento, articulando crescentemente as atividades agrícolas com atividades industriais organizadas localmente. Com a consolidação da produção industrial vinculada ao tabaco no município, a partir da segunda metade do século XX a cidade de Santa Cruz do Sul se tornou um “polo migratório” na região, atraindo pessoas tanto do meio rural do município quanto de outros municípios. Uma migração que ocorreu, fundamentalmente, para suprir a necessidade da força de trabalho das indústrias, mas, também, motivada pela expectativa de enfrentar as contradições presentes no desenvolvimento da pequena propriedade agrícola da região (SILVEIRA; HERMANN, 2001; ETGES, 1991).

Assim, a produção agrícola do tabaco no Vale do Rio Pardo criou condições favoráveis para o desenvolvimento da indústria fumageira, em especial em Santa Cruz do Sul, mas, também, nos municípios de Vera Cruz, Candelária, Venâncio Aires, consolidando essa região, ao longo do século XX, como um polo global de produção do tabaco (ETGES, 1991; VOGT, 1997). A produção de capital no complexo agroindustrial do tabaco, inicialmente com forte participação de empresas locais, mas, a partir de 1960, cada vez mais controlado por grupos transnacionais, passou, crescentemente, a condicionar as dinâmicas de desenvolvimento tanto dos espaços rurais quanto das cidades da região (MONTALI, 1979; VOGT, 1997).

Para os fins da contextualização histórica e geográfica da Região 28 de Saúde, as referências sobre a formação histórica da Região são importantes para destacar que a dinâmica de desenvolvimento dos municípios que a ela pertencem foi fortemente condicionada pela presença do complexo agroindustrial do tabaco. Da proeminência desse complexo agroindustrial resultou uma organização do espaço regional em que alguns municípios, em especial o município de Santa Cruz do Sul, configurou-se não somente como um centro econômico (que, inclusive, vincula a Região com outras regiões brasileiras e, mesmo, de outros países), mas, também, como o espaço a partir do qual em grande parte se estruturam as relações políticas da Região, com repercussões no que diz respeito à presença de serviços públicos e de instituições que organizam regionalmente as políticas públicas.

Sob o ponto de vista econômico, o quadro a seguir apresenta alguns indicadores que, mais do que representativos da economia dos municípios pertencentes à Região 28 de Saúde, são importantes para a compreensão de sua dinâmica de desenvolvimento. Como pode ser observado, somente o município de Santa Cruz do Sul era responsável, em 2013, por 55,2% do PIB (Produto Interno Bruto) do total de municípios da Região (Quadro 01). Percebe-se claramente, a partir dos dados apresentados, que, em função da própria dinâmica histórica de desenvolvimento da Região e da produção de tabaco nessa dinâmica, os municípios de Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires se constituem nos municípios mais importantes, onde está concentrada a maior parte da população, mas, também, os principais centros de decisão política, como é o caso da maioria das instituições vinculadas à saúde. Note-se, ainda, que a produção agrícola, embora também atribua destaque para alguns municípios, está mais desconcentrada, ressaltando a importância das atividades agrícolas, mas, também, das populações residentes nos espaços rurais dos municípios que pertencem à Região 28 de Saúde.

Quadro 01 – Municípios da 28 Região de Saúde, por PIB, PIB per capita, VAB (Valor Agregado Bruto) da Indústria, VAB dos Serviços e VAB da Agropecuária.

Indicadores Municípios	PIB %	PIB per capita (R\$)	VAB Industria (%)	VAB Serviços (%)	VAB Agropecuária (%)
Candelária	4,7	17.963,51	1,9	4,5	14,1
Gramado Xavier	0,5	14.484,65	0,2	0,2	2,6
Herveiras	0,4	16.920,83	0,1	0,2	2,3
Mato Leitão	0,9	25.089,71	1,1	0,5	1,4
Pantano Grande	2,0	23.718,89	1,2	1,7	5,7
Passo do Sobrado	1,2	22.367,38	0,5	0,8	4,6
Rio Pardo	5,8	17.963,20	1,9	5,6	19,0
Santa Cruz do Sul	55,2	53.579,65	56,0	60,8	12,0
Sinimbu	1,3	15.516,44	0,2	1,2	5,0
Vale do Sol	1,6	16.857,92	2,8	1,2	6,9
Vale Verde	1,5	18.608,34	0,1	0,2	2,8
Venâncio Aires	21,4	37.384,46	32,7	17,8	16,8
Vera Cruz	4,7	22.345,59	3,8	5,1	7,7
Total da Região	100	-	100	100	100

Fonte: IBGE, 2013.

Considerando alguns dados relacionados especificamente aos serviços de saúde na Região 28, a relevância do município de Santa Cruz do Sul, mas, por outro lado, as dificuldades que principalmente os municípios menores enfrentam no dia-a-dia, pode ser observado a partir de uns poucos indicadores, tais como o número de profissionais que atendem no SUS, o número de estabelecimento de saúde, o número de profissionais da medicina que atuam nos municípios.

Os quadros a seguir apresentam esses dados, sendo possível observar que, considerando os estabelecimentos de saúde, em Santa Cruz do Sul e em 2017 estavam localizados 55,7% do total de estabelecimentos existentes na Região; por outro lado, Vale Verde e Herveiras possuíam apenas dois estabelecimentos de saúde, enquanto Gramado Xavier possuía apenas 03 (Quadro 02).

Quando considerados os dados relacionados aos profissionais de saúde que atuam no SUS ou, então, aos profissionais da medicina que atuam nos municípios, observam-se as mesmas tendências. Destaque-se, em relação a esse último indicador, que os municípios menores na Região têm poucos médicos, certamente expressando dificuldades que encontram

para atrair e fixar esses profissionais em seus territórios (Quadros 03 e 04).

**Quadro 02: Estabelecimentos de Saúde nos municípios da Região 28 de Saúde
(RS) – dados para o ano de 2017.**

Número de estabelecimentos de saúde		
Municípios	nº	%
Candelária	46	4,1
Gramado Xavier	03	0,3
Herveiras	02	0,2
Mato Leitão	04	0,4
Pantano Grande	13	1,2
Passo do Sobrado	06	0,5
Rio Pardo	69	6,2
Santa Cruz do Sul	619	55,7
Sinimbu	15	1,4
Vale do Sol	14	1,3
Vale Verde	02	0,2
Venâncio Aires	260	23,4
Vera Cruz	58	5,2
TOTAL	1.111	100,0

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

**Quadro 03: Número de profissionais de saúde que atuam no SUS nos municípios
da Região 28 de Saúde (RS) – dados para o ano de 2017.**

Número de profissionais		
Municípios	nº	%
Candelária	283	7,9
Gramado Xavier	36	1,0
Herveiras	30	0,8
Mato Leitão	38	1,1
Pantano Grande	46	1,3
Passo do Sobrado	51	1,4
Rio Pardo	563	15,8
Santa Cruz do Sul	1.514	42,6
Sinimbu	116	3,3
Vale do Sol	91	2,6
Vale Verde	28	0,8
Venâncio Aires	600	16,9
Vera Cruz	160	4,5
TOTAL	3.556	100,0

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Quadro 04: Número de profissionais da medicina nos municípios da Região 28 de Saúde (RS) – dados para o ano de 2017.

Municípios	nº	%
Candelária	29	4,8
Gramado Xavier	02	0,3
Herveiras	02	0,3
Mato Leitão	02	0,3
Pantano Grande	06	1,0
Passo do Sobrado	04	0,7
Rio Pardo	42	7,0
Santa Cruz do Sul	405	67,7
Sinimbu	07	1,2
Vale do Sol	06	1,0
Vale Verde	03	0,5
Venâncio Aires	82	13,7
Vera Cruz	08	1,3
TOTAL	598	100,0

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

É importante ressaltar que a concentração de estabelecimentos de saúde e de profissionais de saúde em alguns poucos municípios da Região 28 de Saúde também está relacionada à distribuição da população nesses mesmos municípios. Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires, Candelária, Rio Pardo são os municípios mais populosos da Região. Somente em Santa Cruz do Sul, segundo os dados do Censo Demográfico de 2010, residiam 36,2% do total da população da Região e, juntos, Santa Cruz do Sul, Candelária, Venâncio Aires e Rio Pardo respondiam por 77,1% do total da população da Região (Quadro 05).

No entanto, as desigualdades no campo da saúde na Região também ficam evidenciadas a partir da distribuição da população; se, como indicado, os municípios de Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires, Rio Pardo e Candelária compreendiam 77,1% da população da Região, esses mesmos municípios tinham, em 2017, 89,4% dos estabelecimentos de saúde, 83,2% dos profissionais atuantes no SUS e 93,2% dos profissionais da medicina (conforme dados apresentados nos quadros anteriores).

Quadro 05 – Total da população dos municípios pertencente à Região 28 de Saúde, por sexo (2010).

Municípios	População	Homens	Mulheres	Total de habitantes
Candelária		14.752	15.419	30.171
Gramado Xavier		2.044	1.926	3.970
Herveiras		1.543	1.411	2.954
Mato Leitão		1.937	1.928	3.865
Pantano Grande		4.909	4.986	9.895
Passo do Sobrado		2.996	3.015	6.011
Rio Pardo		18.318	19.273	37.591
Santa Cruz do Sul		56.943	61.431	118.374
Sinimbu		5.217	4.851	10.068
Vale do Sol		5.597	5.480	3.253
Vale Verde		1.652	1.601	11.077
Venâncio Aires		32.643	33.303	65.946
Vera Cruz		11.749	12.234	23.983
Total		160.300	166.858	327.158

Fonte: IBGE, (2011).

Essa situação ganha ainda maior importância se considerado que, em muitos dos pequenos municípios, as populações rurais têm maior relevância no total da população dos mesmos.

O quadro a seguir apresenta esses dados, indicando que nos municípios de Candelária, de Pantano Grande, de Rio Pardo, de Santa Cruz do Sul, de Venâncio Aires e de Vera Cruz o número de domicílios localizados nos espaços urbanos é superior (e, nesse sentido, a população urbana nesses municípios também é maior, se comparada com a população residente no meio rural). No município de Santa Cruz do Sul, por exemplo, 89% da população residia nos espaços urbanos, segundo dados do Censo Demográfico de 2010.

Por outro lado, nos municípios de Gramado Xavier, de Herveiras, de Mato Leitão, de Passo do Sobrado, de Sinimbu, de Vale do Sol e de Vale Verde, o número de domicílios localizados nos espaços rurais é maior, também indicando que, nesses municípios, as populações residentes nos espaços rurais é em maior quantidade. Observe-se, por exemplo, que 84,8% dos domicílios em Gramado Xavier, 83,9% em Herveiras, 74,2% em Passo do Sobrado, 83,7% em Sinimbu, 87,5% em Vale do Sol e 75,9% em Vale Verde estavam localizados no meio rural, indicando a importância dos espaços rurais como espaços de trabalho e de organização

da vida individual e coletiva na Região de estudo (Quadro 06).

Quadro 06 – Municípios da Região 28 de Saúde, por número de domicílios e localização desses domicílios (rurais e urbanos) – 2010.

Municípios	Indicadores	Domicílios (Urbanos)	Domicílios (Rurais)	Total de domicílios
Candelária		5.545	4.867	10.412
Gramado Xavier		184	1.026	1.210
Herveiras		148	771	919
Mato Leitão		548	780	1.328
Pantano Grande		2.827	545	3.372
Passo do Sobrado		535	1.539	2.074
Rio Pardo		8.589	4.133	12.722
Santa Cruz do Sul		36.274	4.258	40.532
Sinimbu		516	2.656	3.172
Vale do Sol		442	3.087	3.529
Vale Verde		331	833	1.164
Venâncio Aires		14.607	8.400	23.007
Vera Cruz		4.476	3.517	7.993
TOTAL		75.022	36.412	111.434

Fonte: IBGE (2011).

Outros indicadores sobre economia e sobre a população poderiam ser utilizados para ilustrar as desigualdades, diferenças e a própria concentração em alguns municípios da dinâmica de desenvolvimento da Região 28 de Saúde. Para os fins da presente tese, torna-se importante analisar alguns dados que permitem melhor compreender como o trabalho e os mercados de trabalho estão organizados nos municípios e na própria Região. Uma análise que permitirá não somente perceber as necessidades, os desafios, as condicionalidades que estão presentes na construção de uma política pública (regional) da saúde dos trabalhadores, mas, também, os conflitos e as tensões que também condicionam essa construção.

Para a análise da situação dos mercados de trabalho são considerados os dados dos mercados formais nos municípios da Região, cuja fonte consultada foi o CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados), do Ministério do Trabalho e Emprego. No entanto, para ressaltar a importância das ocupações do meio rural, nem sempre alcançadas pelos dados do mercado formal, também são indicados dados do Censo Demográfico de 2010. Esses últimos dados são importantes, pois indicam a presença significativa de trabalhadores e trabalhadoras que atuam em atividades agrícolas, sem necessariamente terem vínculos empregatícios, já que

as atividades agrícolas na região são desenvolvidas, predominantemente, em unidades de agricultura familiar e, portanto, com uso quase exclusivo de mão-de-obra familiar.

Quando são analisados os dados sobre o mercado formal dos municípios, observa-se que, em janeiro de 2018, apenas 70.893 trabalhadores estavam empregados com as garantias que o trabalho formal implica, decorrentes da proteção legal que esse tipo de vínculo empregatício compromete. O quadro a seguir apresenta esses dados, indicando, como já destacado, a participação mais significativa dos municípios onde estão concentradas a produção industrial, em especial Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires, que juntos compreendem 74,5% dos empregos formais existentes na Região. É importante destacar, também a partir desses dados, o número bastante reduzido de empregos formais em vários municípios, como são os casos de Gramado Xavier (apenas 91 empregos formais), Herveiras (apenas 43 empregos formais), mesmo Vale Verde (175 empregos formais) e Vale do Sol (427 empregos formais) (Quadro 07).

Quadro 07 – Número de trabalhadores atuando no mercado formal nos municípios da Região 28 de Saúde (janeiro de 2018).

Trabalhadores empregados no mercado formal Municípios		%
Candelária	4.514	6,4
Gramado Xavier	91	0,1
Herveiras	43	0,1
Mato Leitão	1.569	2,2
Pantano Grande	1.851	2,6
Passo do Sobrado	550	0,8
Rio Pardo	4.729	6,7
Santa Cruz do Sul	38.565	54,4
Sinimbu	580	0,8
Vale do Sol	427	0,6
Vale Verde	175	0,2
Venâncio Aires	14.239	20,1
Vera Cruz	3.560	5,0
TOTAL	70.893	100,0

Fonte: CAGED/MTE, 2018.

Destacar os dados relativos aos municípios com menores números de empregos formais é de grande importância, pois, mesmo que estejam entre os municípios com menor população na Região, também são os municípios que têm uma proporção maior da população residindo no meio rural. Tomando o exemplo de Herveiras, como foi indicado anteriormente, em 2010 o município possuía 2.954 habitantes, sendo que a maioria residia no meio rural (do total de 919

domicílios existentes em 2010 em Herveiras, 771 estavam localizados no meio rural); portanto, a maioria da população, sob o ponto de vista da ocupação, trabalhava em atividades agrícolas, num contexto de agricultura familiar e, nesse sentido, sem vínculo empregatício (e, em decorrência) e sem proteção legal no trabalho.

A produção agrícola, nesses municípios, é realizada predominantemente pela força-de-trabalho familiar, em condições de trabalho e de produção muitas vezes prejudiciais à saúde dos trabalhadores. Duas questões, nesse sentido, ilustram essas condições e dão a proporção da importância dessas características sob o ponto de vista da construção de uma política de saúde dos trabalhadores na Região: o uso intensivo de agrotóxicos na produção agrícola do tabaco e a presença significativa de crianças e de adolescentes nas atividades agrícolas realizadas nas propriedades rurais.

Em relação à primeira questão, é amplamente conhecido que a produção agrícola de tabaco está diretamente vinculada ao uso intensivo de agrotóxicos. Como ressaltam Ascari, Scheid e Kessler, as próprias autoridades governamentais no Brasil reconhecem que “a fumicultura expõe os trabalhadores a diversos riscos devido à aplicação elevada de agrotóxico necessário para combater as pragas, ervas invasoras e doenças causadas por fungos que impedem o crescimento do fumo, podendo prejudicar a colheita”; os agrotóxicos utilizados na produção do tabaco são “altamente prejudiciais à saúde humana por causar ainda hoje muitos casos de intoxicação e óbitos.

Essa intoxicação pode ocorrer pela absorção de nicotina através da pele, mediante o contato com as folhas verdes e úmidas do tabaco, causador da “doença da folha verde do tabaco”, cujos sintomas são: náuseas, vômitos, fraqueza, cefaléia e tontura, podendo, ainda, incluir cólicas abdominais” (ASCARI, SCHEID, KESSLER, 2012, p. 43). E diferentes estudos realizados sobre a relação entre saúde dos trabalhadores rurais e produção do tabaco têm indicado o quanto esses trabalhadores estão sujeitos a doenças relacionadas ao trabalho, pois os riscos e adoecimento ocupacional “devido ao contato direto com os agrotóxicos e às folhas de tabaco” faz parte do seu cotidiano de trabalho (ASCARI, SCHEID, KESSLER, 2012).

Em relação à segunda questão, em que pese as controvérsias em torno da mesma (em especial na Região, onde observa-se um discurso que legitima a presença de crianças e de adolescentes na produção agrícola do tabaco a partir da afirmação de uma “ética de valorização do trabalho”), destaca-se que há um uso muito significativo de crianças e de adolescentes na

produção agrícola do tabaco, com prejuízos importantes para a saúde dessas crianças e desses adolescentes.

Soraya Franzoni Conde, no livro “A escola e a exploração do trabalho infantil na fumicultura catarinense”, informa que no estado catarinense (a Região Sul é responsável por mais de 90% da produção de tabaco no Brasil) 24% dos trabalhadores do tabaco tinham, em 2010, menos de 16 anos; naquele ano, também segundo a autora, havia 1,2 milhões de trabalhadores envolvidos com a produção do tabaco no Brasil e 80 mil eram crianças; no Rio Grande do Sul, em 2010, 10.265 crianças e adolescentes (com idades entre os 10 e os 17 anos) atuavam na produção agrícola do tabaco (CONDE, 2016). No mesmo livro, Conde aponta que, além de impactar no desenvolvimento psicológico, cognitivo e físico das crianças e dos adolescentes, o cultivo do tabaco leva à ocorrência da doença da folha verde do tabaco, causada pela intoxicação por nicotina via contato da planta com a pele (com sintomas como, por exemplo, dor de cabeça, fraqueza, náuseas, tontura) (IDEM, Ibid.).

Como se trata de um trabalho que se realiza no âmbito familiar, num contexto sociocultural que, em nome de uma ética de valorização do trabalho, relativiza o significado do trabalho de crianças e de adolescentes (trabalhar, durante o período escolar ou não, diretamente na produção do tabaco, em condições de trabalho que expõem as crianças a diferentes tipos de riscos, não é a mesma coisa que ocupar as crianças e adolescentes com atividades da unidade familiar de forma não compulsória, complementares e não comprometedoras do seu desenvolvimento) (IDEM, Ibid.), a própria ilegalidade desse tipo de trabalho não recebe o devida atenção. Não é demais registrar que o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), baseado na Constituição Federal de 1988 (artigo 7º, XXXIII), proíbe o trabalho noturno, perigoso e insalubre ao menor de 18 anos e qualquer trabalho aos menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 anos) (ECA, 2017).

Tanto a exposição dos agricultores às adversidades de uma produção agrícola que usa intensivamente produtos agrotóxicos quanto a presença de crianças e de adolescentes na produção agrícola do tabaco são ilustrativos das contradições, das incongruências, dos conflitos e dos desafios que se colocam quando se pensa em saúde dos trabalhadores numa região onde as atividades agrícolas têm grande importância. Mas, também, quando se coloca o desafio de construir políticas públicas de saúde dos trabalhadores capazes de alcançar condições de trabalho e de vida que têm um tipo de organização que não necessariamente são alcançadas pelo controle público (no caso específico da Região, o número quase insignificante de registro

formal dos trabalhadores em diferentes municípios certamente é um indicador importante dessa situação histórica).

Voltando à análise dos mercados formais de trabalho nos municípios da 28ª Região de Saúde, é possível identificar a distribuição dos empregos pelos diferentes setores econômicos. Alguns dados merecem destaque. Santa Cruz do Sul, embora seja o município que concentra a maior produção industrial na Região, tem um mercado de trabalho em que os diferentes setores econômicos têm uma participação mais equitativa na constituição do mercado de trabalho formal. Santa Cruz do Sul, é claro, coloca-se como um polo regional, concentrando em seu território não somente as indústrias de maior importância econômica na Região, mas, também, atividades de comércio e de serviços que atendem às necessidades do município, da região e, mesmo, de municípios de outras regiões no Rio Grande do Sul.

Destaque-se, também, a participação dos empregos industriais nos municípios de Mato Leitão, Venâncio Aires, Candelária, Passo do Sobrado. Em relação ao município de Mato Leitão, onde 71,1% dos empregos formais estão vinculados à produção industrial, é um caso diferente na Região, pois esses empregos industriais não são empregos da indústria fumageira (embora a produção agrícola do tabaco seja importante na economia do município), mas da presença de empresas industriais do ramo de calçados e de alimentação (biscoitos e frigorífico) (Quadro 08).

Quadro 08 – Distribuição dos empregos pelos setores econômicos nos municípios da Região 28 de Saúde (janeiro de 2018).

Empregos nos setores Municípios	Indústria		Comércio		Serviços		Outros	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Candelária	2.139	47,4	1.242	27,5	834	18,5	299	6,6
Gramado Xavier	22	24,2	37	40,7	29	31,9	03	3,3
Herveiras	02	4,7	33	76,7	08	18,6	-	-
Mato Leitão	1.116	71,1	201	12,8	208	13,3	44	2,8
Pantano Grande	353	19,1	426	23,0	501	27,1	571	30,8
Passo do Sobrado	244	44,4	124	22,5	131	23,8	51	9,3
Rio Pardo	1.232	26,1	1.406	29,7	929	19,6	1.162	24,6
Santa Cruz do Sul	11.372	29,5	8.835	22,9	15.215	39,5	3.143	8,1
Sinimbu	168	29,0	231	39,8	155	26,7	26	4,5
Vale do Sol	56	13,1	165	38,6	175	41,0	31	7,3
Vale Verde	77	44,0	35	20,0	13	7,4	50	28,6
Venâncio Aires	6.958	48,9	3.220	22,6	3.474	24,4	587	4,1
Vera Cruz	1.380	38,8	1.088	30,6	925	26,0	167	4,7

Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego/CAGED, 2018.

Se os dois últimos quadros indicam uma distribuição dos empregos formais entre os setores econômicos e entre os municípios da Região 28 de Saúde, é importante destacar, também, alguns indicadores que permitem uma análise das condições de empregabilidade dos trabalhadores e das trabalhadoras que atuam nos municípios da Região, seja no mercado de trabalho formal ou não. Nesse sentido, um dado a ser destacado está vinculado ao salário médio mensal dos trabalhadores que atuam nos mercados formais, apresentado no quadro a seguir. Como pode ser observado, a maior média é igual aos 2,8 salários mínimos (dados para 2015), mas, no geral, os dados indicam salários médios próximos aos dois salários mínimos (Quando 09).

Tão ou mais importante do que isso é perceber que, de acordo com o Censo Demográfico de 2010, parcelas significativas das populações dos municípios residiam em domicílios cuja renda nominal per capita era de até meio salário mínimo; sete dos treze municípios tinham mais de 30% de suas populações nessas condições, com destaque para o município de Gramado Xavier, onde 42,3% da população residia em domicílios onde a renda nominal mensal per capita era de até meio salário mínimo (IBGE, 2011).

Quadro 09 – Salário médio mensal dos trabalhadores no mercado forma (2015) e percentual da população com rendimento nominal per capita de até ½ salário mínimo (2010) nos municípios da Região 28 de Saúde.

Indicadores da situação de trabalho Municípios	Salário médio mensal no mercado formal (2015)	Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário mínimo (2010)
Candelária	2,0	31,5
Gramado Xavier	2,2	42,3
Herveiras	2,6	32,1
Mato Leitão	1,9	19,2
Pantano Grande	2,2	36,1
Passo do Sobrado	2,1	29,0
Rio Pardo	2,0	35,1
Santa Cruz do Sul	2,8	23,2
Sinimbu	2,2	28,7
Vale do Sol	2,6	35,6
Vale Verde	2,0	32,2
Venâncio Aires	2,4	23,0
Vera Cruz	2,3	25,3

Fonte: Censo Demográfico 2010 para os dados relacionados ao percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário mínimo (2010); CAGED, 2015.

Se os dados relacionados aos salários já indicam dinâmicas de precarização do trabalho, com situações bastante significativas de vulnerabilidade dos trabalhadores, os dados sobre a percentagem de trabalhadores com carteira assinada nos municípios da Região corroboram essa tendência. O quadro a seguir apresenta esses dados, tomando como referência do Censo Demográfico de 2010, demonstrando uma parcela significativa de trabalhadores atuando sem carteira assinada.

Nota-se que o quadro apresentado a seguir considera trabalhadores que atuavam, em 2010, na condição de empregados, portanto com vínculo empregatício de assalariamento. Esse destaque ganha importância para indicar que 43,9% dos trabalhadores empregados em Gramado Xavier, 44,2% dos trabalhadores empregados em Vale Verde, 44,7% dos trabalhadores empregados em Vale do Sol e 74,7% dos trabalhadores empregados em Herveiras atuavam sem carteira assinada e, portanto, sem uma proteção legal em seus trabalhos (com todas as implicações dessa condição de empregabilidade, inclusive sob o ponto de vista da proteção à saúde desses trabalhadores) (Quadro 10).

Quadro 10 – Percentual de empregados que atuavam em 2010 sem carteira assinada nos municípios da Região 28 de Saúde.

Condição de emprego	Com carteira assinada e/ou militares e funcionários públicos estatutários		Sem carteira assinada		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
Municípios						
Candelária	5.112	72,7	1.923	27,3	7.035	100,0
Gramado Xavier	281	56,1	220	43,9	501	100,0
Herveiras	192	25,6	568	74,7	760	100,0
Mato Leitão	1.220	79,3	318	20,7	1.538	100,0
Pantano Grande	1.811	64,5	996	35,5	2.807	100,0
Passo do Sobrado	776	65,8	404	34,2	1.180	100,0
Rio Pardo	7.847	76,7	2.382	23,3	10.229	100,0
Santa Cruz do Sul	39.471	84,9	7.045	15,1	46.516	100,0
Sinimbu	1.014	68,1	476	31,9	1.490	100,0
Vale do Sol	1.286	55,3	1.041	44,7	2.327	100,0
Vale Verde	305	55,8	242	44,2	547	100,0
Venâncio Aires	19.865	84,5	3.653	15,5	23.518	100,0
Vera Cruz	6.855	84,2	1.285	15,8	8.140	100,0
TOTAL	86.035	80,7	20.553	19,3	106.588	100,0

Fonte: IBGE, 2011 (Censo Demográfico 2010).

A situação de precariedade no trabalho ganha ainda mais importância quando se considera que a esses trabalhadores que atuavam na condição de empregados, mas sem carteira assinada, se somavam trabalhadores que atuavam por conta própria, que não eram remunerados, que trabalhavam para a produção própria. O quadro 11 apresenta esses dados, indicando que, em todos os municípios, a percentagem de trabalhadores nessas condições era elevada (também segundo os dados do Censo Demográfico de 2010). Evidentemente, nem todos esses trabalhadores tinham condição de vulnerabilidade, pois dentre esses trabalhadores estavam profissionais liberais que, muitas vezes, têm condições de alcançar condições de segurança (previdenciária e de trabalho). Mas dentre esses trabalhadores também estavam os trabalhadores rurais (trabalhadores por conta própria ou para o consumo próprio), cujas condições de trabalho e de segurança no trabalho são, de modo geral, condicionadas pelas próprias formas de organização do trabalho nas atividades agrícolas (Quadro 11).

Quadro 11 – População ocupada na semana de referência, por posição na ocupação (Censo Demográfico de 2010), nos municípios da Região 28 de Saúde.

Posição	Conta própria	Empregadores	Empregados	Não remunerados	Trabalhador para produção própria	TOTAL
Municípios						
Candelária	7.585	335	7.035	500	2.145	17.600
Gramado Xavier	1.179	-	501	418	298	2.396
Herveiras	896	-	760	22	21	1.699
Mato Leitão	600	56	1.538	36	144	2.374
Pantano Grande	864	135	2.807	15	108	3.929
Passo do Sobrado	1.745	85	1.180	135	865	4.010
Rio Pardo	4.780	231	10.229	122	959	16.321
Santa Cruz do Sul	14.129	2.339	46.516	811	1.368	65.163
Sinimbu	3.914	34	1.490	117	762	6.317
Vale do Sol	2.960	123	2.327	889	422	6.721
Vale Verde	639	02	547	31	446	1.665
Venâncio Aires	11.646	777	23.518	802	2.482	39.225
Vera Cruz	4.160	180	8.140	265	748	13.493
TOTAL	55.097	4.297	106.588	4.163	10.768	180.913

Fonte: IBGE, 2011 (Censo Demográfico 2010).

Por fim e considerando dados mais recentes da dinâmica de admissões e de desligamentos nos mercados formais dos municípios da Região de estudo, o quadro a seguir permite analisar a importância do complexo agroindustrial do tabaco na organização dos mercados da Região, em especial no que diz respeito ao uso de formas precárias de trabalho, mais especificamente representadas pelo trabalho temporário.

A organização do processo produtivo nas indústrias de tabaco é sazonal, ocupando um maior número de trabalhadores nos primeiros semestres, quando o tabaco produzido pelos agricultores (da região, mas, também, de outros municípios do Rio Grande do Sul e, mesmo, de Santa Catarina e do Paraná) é recebido nas indústrias para seu processamento e posterior exportação (para indústrias que fabricam cigarros em outros locais do País e, principalmente, no exterior). Para atender à sazonalidade da produção industrial do tabaco, as empresas fumageiras contratam trabalhadores temporários nos primeiros semestres (na região de Santa Cruz do Sul chamados de “safristas”) e os desligam nos segundos semestres. Essa dinâmica de admissões e desligamentos fica evidenciada, portanto, no quadro a seguir, em especial nos

municípios onde estão concentradas as indústrias fumageiras, especificamente em Santa Cruz do Sul e em Venâncio Aires (Quadro 12).

Quadro 12 – Dinâmica semestral de admissões e de desligamentos nos mercados formais de trabalho nos municípios da Região 28 de Saúde (janeiro de 2016 – janeiro de 2017).

Admissões/desligamentos		2016		2017	
		Jan./Jun.	Jul./Dez.	Jan./Jun.	Jul./Dez.
Municípios					
Candelária	A	1.126	725	1.188	919
	D	910	844	814	869
Gramado Xavier	A	28	04	07	12
	D	13	18	08	13
Herveiras	A	05	11	04	02
	D	07	07	05	05
Mato Leitão	A	401	237	315	313
	D	317	238	340	302
Pantano Grande	A	359	286	442	310
	D	380	282	437	310
Passo do Sobrado	A	123	114	130	108
	D	101	120	162	117
Rio Pardo	A	938	653	959	739
	D	712	708	1.020	878
Santa Cruz do Sul	A	12.808	7.462	13.559	7.961
	D	9.463	11.292	8.452	13.042
Sinimbu	A	115	49	86	54
	D	95	75	77	83
Vale do Sol	A	92	64	84	63
	D	89	73	96	78
Vale Verde	A	20	24	35	22
	D	24	26	33	28
Venâncio Aires	A	7.391	2.601	8.387	3.318
	D	3.738	6.257	3.735	7.836
Vera Cruz	A	821	635	820	680
	D	709	656	714	659
TOTAL	A	24.227	12.865	26.016	14.501
	D	16.558	20.596	15.893	24.220

Fonte: CAGED/MTE, 2018.

Essa dinâmica de admissões e de desligamentos, por um lado, expressa uma condição histórica de um mercado de trabalho segmentado. Na região e, em especial nos maiores municípios, a classe que vive do trabalho é formada por diferentes grupos de trabalhadores. Por trabalhadores formais que têm maior segurança em seus empregos (trabalhadores, de modo

geral, que têm maior qualificação profissional, que mantêm empregos permanentes, com condições de trabalho e de relações de trabalho mais seguras). Por trabalhadores que disputam esses empregos mais seguros, muitos dos quais “capacitados” para o trabalho através do acesso de ensino superior nas instituições universitárias existentes na Região, em especial a Universidade de Santa Cruz do Sul. Por trabalhadores temporários, que estão disponíveis para as indústrias durante os primeiros semestres, mas que nos segundos semestres vivenciam diferentes situações: ou ficam sem uma ocupação remunerada (mulheres safristas que ficam em suas casas, realizando atividades vinculadas às suas famílias) esperando a “safra seguinte”; ou realizam atividades esporádicas no mercado informal (coleta de material reciclável; indústria da construção civil etc.); ou disputam empregos do próprio mercado formal oferecidos em outros setores da economia. Por trabalhadores que não atendem mesmo as condições exigidas pelas indústrias para os trabalhos temporários e, nesse sentido, buscam ocupações (quase sempre informais) em diferentes atividades, desde coleta de material reciclável, serviços temporários na agricultura, serviços domésticos, atividades na indústria da construção civil; e por trabalhadores desempregados, constituídos pelos diferentes grupos indicados, que disputam, a partir de diferentes condições, os empregos que são oferecidos nos municípios (CADONÁ, 2017).

Mas a dinâmica de admissões e de desligamentos apresentada no quadro 14 é, também, indicativa da alta rotatividade nos empregos que está presente também e principalmente nos maiores municípios da Região 28 de Saúde. Destaque-se que, considerando os dados de todos os municípios da Região, no primeiro semestre de 2016, 16.555 pessoas deixaram seus empregos (seja por que foram desligados, seja por que pediram desligamento); um número que cresceu no segundo semestre daquele ano para 20.596; na mesma direção, em no primeiro semestre de 2017, 15.893 pessoas foram desligadas de seus empregos, aumentando esse número para 24.220 pessoas no segundo semestre daquele ano.

Dada a organização dos mercados de trabalho, conforme anteriormente assinalado, esses números relacionados a desligamentos do trabalho podem indicar que uma mesma pessoa tenha vivenciado a experiência de sair de seu emprego por uma ou mais vezes. Assim, por exemplo, nos municípios onde estão localizadas as indústrias fumageiras, é possível que trabalhadores atuem nessas indústrias nos primeiros semestres, sejam desligados no início dos segundos semestres, disputem empregos (temporários) no comércio de finais de ano e retornem às indústrias fumageiras novamente na “safra seguinte”.

Essa situação possível, no entanto, precisa ser destacada no conjunto de experiências de desligamentos que, de modo geral, envolve diferentes perdas para os trabalhadores, desde o rompimento de relações com uma comunidade de trabalho (mesmo temporariamente estabelecidas), a necessidade de estabelecer relações com uma nova comunidade de trabalho (quase sempre com o conhecimento a priori de que as relações também serão temporárias), as perdas em termos de renda e de direitos, a preocupação de estar em condições de competir por uma nova vaga, as dificuldades de planejamento de vida, dada a precariedade de inserção no mercado de trabalho etc.

Como foi indicado no segundo capítulo desta tese, a partir da contribuição teórica de Christophe Dejours, essas são condições que resultam em sofrimentos dos trabalhadores. Nos mercados de trabalho do municípios da Região 28 de Saúde, muitos trabalhadores atuam com o “medo da incompetência” (o medo, por exemplo, de não estar apto ou apta na próxima safra para as vagas que, anualmente, diminuem); ou cientes da necessidade de estar se adaptando a mudanças (tecnológicas e organizacionais) numa condição de não permanência num mesmo local de trabalho (afinal, para os temporários, cada nova safra é um “reencontro” com locais de trabalho onde não necessariamente estão colocadas as mesmas pessoas, as mesmas chefias, as mesmas expectativas, os mesmos mecanismos de controle fabril etc.); ou, ainda, com a clareza quanto à importância de interiorizar a noção de “reconhecimento temporário”, dada a condição do próprio trabalho temporário. São condições de trabalho “naturalizadas” nas experiências de muitos trabalhadores que vivenciam as diferentes formas de vulnerabilidade que decorrem do trabalho temporário.

Um sofrimento no trabalho que, nesse sentido e sob o ponto de vista dos mecanismos ideológicos de afirmação da própria Região (não raras vezes destacada, afirmada, ressaltada, como a região da produção do tabaco, uma região próspera), é banalizado na própria experiência individual e coletiva. Em Santa Cruz do Sul, por exemplo, o trabalho temporário é condição natural de trabalho, muitas vezes ressaltado como uma oportunidade de trabalho que o município oferece.

A título de ilustração, cabe o registro do principal jornal do município, que todo início de ano ressalta a positividade dos empregos temporários. Na sua edição online de 05 de março de 2018, o “Portal Gaz – Sua Gazeta Online”, do grupo empresarial que é proprietário do Jornal Gazeta (com circulação no município e na região), apresentou a seguinte manchete: “Safra vai repetir o bom volume de contratações; ainda há vagas”. E o texto assim manifestou o otimismo quanto à oferta dos empregos temporários:

Até a segunda quinzena de fevereiro, a indústria fumageira de Santa Cruz do Sul havia chamado 3.607 safreiros. Como muitos trabalhadores foram empregados nas semanas seguintes e ainda há perspectiva de contratações, a tendência é de uma repetição do bom desempenho na geração de vagas do ano passado.

Segundo o presidente do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias do Fumo e Alimentação de Santa Cruz do Sul e Região [...] existe um grande otimismo quanto à safra deste ano. “Além do número de contratos, esperamos que eles durem de cinco a seis meses, o que também é muito positivo”, projeta.

[...] ressalta que, entre a última semana de fevereiro e a primeira semana de março, ocorreram muitas contratações para a safra deste ano. “E como ainda existe bastante tabaco para ser comprado dos produtores, poderemos ter uma continuidade na oferta de vagas”, comemora.

O setor espera uma safra dentro da “média histórica” [...]. Segundo o Stifa, descontando o ano de 2016, quando a geração de vagas foi barrada pela crise econômica, o número de 6 mil contratos em média é constante. “Em 2016, a economia de Santa Cruz perdeu cerca de R\$ 10 milhões”, avalia. (PORTAL GAZ, 2018).

Não pode passar despercebida a manifestação do presidente do sindicato que representa os trabalhadores que atuam na indústria do tabaco, registrada na matéria do jornal, ressaltando a positividade de um emprego que, talvez, possa no ano referido durar “cinco a seis meses”. É a expressão de um processo histórico de banalização de uma condição de inserção no mercado de trabalho, que “ronda” a experiência de trabalho de parcelas significativas de trabalhadores, em especial nos principais municípios da Região 28 de Saúde.

Essas são, portanto, algumas características do território de trabalho que constitui a Região 28 de Saúde, a partir do qual nessa tese se discute a construção de uma política (regional) de saúde dos trabalhadores.

4.2 A construção histórica de uma política pública de atenção integral em Saúde do Trabalhador na Região 28 de Saúde

A partir de agora, então, pretende-se analisar aspectos da trajetória histórica de construção de uma política de atenção integral em saúde do trabalhador nos municípios da Região 28 de Saúde. Uma análise que foi construída tomando como base a documentação investigada, referências bibliográficas já existentes sobre esse processo histórico e entrevistas realizadas com profissionais de saúde que atuam nos serviços especializados em saúde do trabalhador.

A partir dos dados levantados e analisados foi possível constatar que a construção da Política Pública de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador na Região 28 de Saúde constituiu-se de forma coletiva, integrando os municípios, a 13ª Coordenadoria Regional de

Saúde/RS, os sindicatos de trabalhadores, os usuários/trabalhadores de serviços de saúde, os profissionais e os gestores da saúde, a comunidade universitária da região (fundamentalmente, docentes e discentes da Universidade de Santa Cruz do Sul).

Pode-se afirmar que a construção de uma política regional de saúde dos trabalhadores teve início no município de Santa Cruz do Sul, em 2001, com a criação da Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST), considerada pioneira no interior do Rio Grande do Sul.

Naquele período já haviam grandes empresas instaladas em Santa Cruz do Sul, sendo a maioria do setor fumageiro e as demais de artefatos de plástico e borracha, alimentação, confecções e metalurgia: Santa Cruz do Sul possuía 341 indústrias, 2.669 estabelecimentos comerciais, 1.986 prestadores de serviços e 3.600 autônomos cadastrados (SANTORUM; MACEDO, 2001). Uma parcela significativa de trabalhadores industriais era constituída por safristas, permanecendo empregados somente por alguns meses do ano. Segundo o Protocolo de Implementação da Unidade de Referência em Saúde do Trabalhador em Santa Cruz do Sul (2001, p. 16), “no período de entressafra esses trabalhadores ficavam sem ocupação, morando em zona periférica, próxima ao local onde estão concentradas as indústrias de fumo, em condições precárias de moradia e saneamento básico”.

Segundo Krug (2000), a situação de saúde dos trabalhadores no município de Santa Cruz do Sul era grave. A investigação da autora com os trabalhadores acidentados destacou as dificuldades nos encaminhamentos junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) através da perícia médica e, também, aos atendimentos do SUS, médico e hospitalar. Os trabalhadores relatavam a complexidade do fluxo imposto pelo sistema, dificultando o acesso ao tratamento e seus direitos (KRUG, 2000).

Cabe notar que, no Brasil e em 1998, foram registrados 401.254 acidentes de trabalho, 28.597 casos de doenças relacionadas ao trabalho e 3.785 óbitos relacionados ao trabalho; e no Rio Grande do Sul, naquele mesmo período, foram registrados 36.311 acidentes (PAIST, 2000, p. 7). Já em Santa Cruz do Sul, segundo o Protocolo de Implementação da UMREST em Santa Cruz do Sul (2001), em 1998 foram emitidas 625 Comunicações de Acidente de Trabalho (CAT) e, em 1999, 675 CATs.

Em 1998 e 1999, no Centro de Informações Toxicológicas haviam muitos registros de casos de intoxicação por agrotóxicos, apontando a grave situação dos trabalhadores rurais. É

possível que os dados indicados não refletissem a realidade do município, já que eram precários os registros. Como indicava no período Weigelt, as causas de mortalidade nos atendimentos ambulatoriais, em postos de saúde e mesmo no plantão de urgência em Santa Cruz do Sul eram pouco conhecidas; não haviam prontuários ou sistema de arquivo informatizado, sendo os registros de atendimento feitos apenas no boletim de atendimento (WEGELT, 1999). Todas essas informações representavam os “impactos nefastos do trabalho” e a necessidade de investimentos na implantação das políticas públicas de atenção integral à saúde dos trabalhadores (PROTOCOLO DE IMPLEMENTAÇÃO DA UMREST, 2001, p. 18).

No processo de institucionalização de uma política de saúde do trabalhador na região, a participação de professores da UNISC foi de grande importância. Desde 1998, alguns docentes dessa Universidade manifestavam maior interesse com a temática, através dos cursos da área da saúde, em especial o curso de Psicologia, que iniciou com os estágios acadêmicos junto aos sindicatos. O fato dos acadêmicos atenderem e acompanharem os trabalhadores que adoeciam proporcionou maior visibilidade dos agravos dos trabalhadores, impulsionando reflexões e atividades, principalmente com representantes sindicais localizadas em Santa Cruz do Sul (mas com atuação na região). A passagem a seguir, retirada de uma entrevista com uma profissional da saúde vinculada ao Coordenadoria Regional de Saúde, é, nesse sentido, ilustrativa. Falando do processo de construção da política de saúde do trabalhador na região, essa profissional assim se refere:

Ela se deu, a partir de 1999, no campo da saúde coletiva, saúde pública, a gente ainda chamava assim né, saúde pública, hoje a gente evoluiu pra esse conceito de saúde coletiva, principalmente em função da participação dos próprios usuários no processo né. Mas ela começa pra nós na região, oficialmente, em 2000, só que a universidade, a UNISC, já tinha um trabalho junto aos sindicatos, as professoras de Enfermagem e Psicologia [...], eles fizeram, então, um trabalho com os sindicatos, e elas já tinham essa ideia de pensar o porquê que adoecia, quais eram os problemas que estavam sendo ocasionados por causa dos processos de trabalho. Faziam um trabalho já institucional na psicologia, já era uma psicologia que olhava para as condições de vida e de trabalho né. E tinha então esse início, que foi muito importante porque ele consolidou o movimento dos trabalhadores da região, e eles se fortaleceram pra dentro do conselho municipal de saúde. Então isso já tinha, antes de 1999, isso eu não sei te dizer quando começou, mas tinha essa visão né, e eles estavam se articulando, entrando nessa instância decisória que era o conselho de saúde, onde eles podiam tomar decisões sobre como seguir com alguma coisa que protegesse o trabalhador. Quando a gente em 99, entra o governo do Olívio Dutra, naquele período um grupo se organizou pra mudar a concepção que tinha na secretaria estadual, que era de saúde ocupacional para a atenção integral à saúde do trabalhador. Era um grupo, que tinha [...] que já veio dar aula aqui e o marido dela [...] que fazia já esse movimento em defesa do SUS, pela saúde, saúde do trabalhador no âmbito de Porto Alegre. Quando entra esse governo, esse governo traz essas pessoas pra dentro da Secretaria Estadual de Saúde e a [...] assumiu a coordenação desse lugar novo, que era a Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador dentro das ações de saúde. Isso correspondia pra nós aqui, no que é o DAS (Departamento de Ações em Saúde) ali dentro da coordenadoria, e eu tava chegando na saúde, eu vinha da educação, eu tava chegando

na saúde e a coordenadora [...] me colocou né “*vamos fazer a saúde do trabalhador; eu vou te entregar essa pasta*”, ela me entregou mesmo duas pastas de saúde ocupacional e eu não sabia nada daquilo. E eu fui numa reunião em Porto Alegre em 2000 e lá que eu tomei conhecimento do que era saúde do trabalhador, que eles tavam desenhando, e eles já tinham todo um processo de construção. Porque em Porto Alegre eles já tinham um centro de referência, já tinha tido ambulatório de saúde do trabalhador, e eles eram muito articulados com o pessoal de São Paulo, da Bahia, Rio de Janeiro, onde, em Volta Redonda, teve um programa de saúde do trabalhador, tinha programas de saúde do trabalhador na década de 80 que já falava nessa questão, em cuidar o ambiente de trabalho, processo de trabalho e os efeitos disso pro trabalhador. Não era a saúde ocupacional, já era um avanço. A gente se baseava em textos e nessas pessoas que tavam já construindo essa ideia de que dependia do movimento dos trabalhadores a sua reação aos processos de trabalho e como ele construía a questão da saúde. E nós começamos aqui a olhar assim, a gente... eu entrei pra fazer isso na coordenação, me deram essa atribuição, continuei na saúde escolar, e aí fechou as concepções pra mim, era Paulo Freire que eu trabalhava na perspectiva da psicologia institucional também. E aí eu vejo saúde do trabalhador, e tinha tudo a ver, escutar o trabalhador, fazer junto com ele, construir o processo de baixo pra cima. E não tinha nada, muita coisa escrita não tinha (Representante da CRS).

Como pode ser observado na fala da entrevistada, por um lado, as mudanças que ocorreram na direção dada às políticas de saúde do trabalhador no estado do Rio Grande do Sul a partir do final da década de 1990 foram importantes, pois impulsionaram uma reflexão sobre novas formas de pensar e de atuar no campo da saúde dos trabalhadores. Mas, por outro lado, a fala da entrevistada indica que, naquele momento inicial da construção de uma política de saúde dos trabalhadores na Região 28 de Saúde, a presença sindical foi, também, central. Naquele período, aliás, vários representantes de sindicatos de trabalhadores estavam inseridos no Conselho Municipal de Saúde, enquanto representantes do segmento dos usuários, o que oportunizou inúmeras pautas para discussões relacionadas aos agravos à saúde dos trabalhadores. Os estágios acadêmicos ocorriam nos Sindicatos dos Comerciários, do Fumo e da Alimentação, do Vestuário e dos Bancários, o que tornou a discussão “Saúde do Trabalhador” muito premente. A partir de 1999, acadêmicos do curso de Enfermagem da UNISC também passaram a desenvolver estágios e atividades práticas curriculares e de extensão em empresas e sindicatos da Região, o que auxiliou no fortalecimento de ações de saúde na área. Nesse sentido, cabe também o registro de um líder sindical, entrevistado na condição de representante da CIST, que indica os interesses do movimento sindical naquele período em relação à saúde do trabalhador:

Antes de 2000, nós criamos a CIST até porque nós desde 98 nós ingressamos no conselho municipal de saúde, tínhamos uma cadeira do sindicato. O Conselho foram criados a partir da constituição de 88, o controle social, dali pra cá tinha uma série de coisas pra discutir saúde, aí no momento que ela foi regulamentada a partir da constituição de 88, conseguiu implantar, até então o conselho municipal de saúde, o presidente era o secretário da saúde, e depois da relação com o controle social, no ano 2000 nós já conseguimos eleger o conselheiro, normalmente tem ficado dentro do

grupo dos usuários, mas nós tivemos também profissional de saúde que foi presidente do CMS, eu também passei por essa experiência que é muito interessante. E ali, nós começamos a pensar, nós temos que criar, eu sempre dizia “nós temos que tirar lá da constituição de 88” porque uma das coisas que é fundamental pra nós trabalhador a questão da saúde pública, como é que nós podemos trabalhar, como é que nós podemos nos organizar também como trabalhadores né, tirando essa política que tava lá na constituição de 88 e aqui nós começamos e criamos a CIST. E aí nós conseguimos fazer uma coisa que eu acho fantástica, aqui essa entidade, pra dar uma ideia: o conselho municipal de saúde, usuários nós eramos 8 sindicatos, então tinha um peso muito grande. E aí coube a mim, criar a CIST, e aí nós criamos a CIST, então em 99, 2000, nós criamos a CIST. De lá pra cá, aí nós começamos, já tínhamos anteriormente, em 97, nós criamos um espaço junto com a universidade, [...] áreas da saúde, de ter um espaço aqui, porque nós tínhamos uma coisa que era muito real que o trabalho faz com as pessoas né, o adoecimento muito grande nas LER/DORT, principalmente nas empresas que eu trabalho, um pico muito alto de adoecimento. Então, a gente criou aqui junto com os estagiários, [...] nós criamos um espaço que se chamava “qualidade de vida”. Independente de que categoria fosse as pessoas, nós conseguimos trazer todas as categorias pra cá, e trazer todo movimento sindical entendendo que não era só o nosso problema, mas também outros segmentos que tinham os mesmos adoecimentos. Então, criamos o grupo “qualidade de vida” que era pra dar um suporte na área da saúde e também questão previdenciária, tudo nós agrupamos, fizemos esse grupo aqui, tínhamos um grupo em torno de 50 pessoas afastadas de todas as categorias, e começamos a trabalhar, tinha um acompanhamento da área da saúde, previdenciário também a gente trazia pessoas pra falar na área do direito previdenciário. E foi crescendo esse grupo, várias categorias já foram, e a gente conseguiu uma coisa que eu acho extremamente positiva que foi assim, nós nos unimos em questões ideológicas, uma série de questões de movimento sindical, conseguimos reunir, e nós tínhamos um objetivo que era tirar política de saúde do trabalhador daquilo que tava previsto pela constituição e nós conseguimos tocar, fazer na prática a grande realidade. E aí, esse movimento cresceu tanto que foi uma coisa fantástica [...]. Isso em 2001. Então, ali a gente começou, continuou essa caminhada, e aí se criou o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, como é que nós íamos fazer o CEREST? Se trabalhou muito na questão “ah, vamos pensar num serviço regional, vamos pensar num serviço estadual”, mas a única forma da gente tirar do papel foi da seguinte forma, que nós fizesse no município sede, como é hoje, Santa Cruz, só não foi na primeira, porque o prefeito na época, Sérgio Moraes, não aceitou o governador Olívio quando veio pra cá assinar o termo de responsabilidade, o município assumia a responsabilidade, o recurso viria do estado, porque é o único estado que investe na área da saúde do trabalhador, que é o Rio Grande do Sul, mas que o município assumisse, o Sérgio Moraes na época não aceitou e aí Ijuí foi o primeiro. Mas logo em 2004, nós criamos o serviço aqui, o CEREST, foi o segundo CEREST do estado (Representante da CIST).

Apesar do movimento municipal em prol da saúde do trabalhador, o SUS não estava preparado para atender a demanda de trabalhadores adoecidos. Os próprios profissionais tinham dificuldades em identificar os agravos relacionados ao trabalho que os trabalhadores vinham apresentando. Nessa direção, em entrevista realizada com profissionais da saúde essas dificuldades ficam evidenciadas:

[...] após alguns anos da constituição do SUS foi possível perceber que a forma como vinha sendo conduzido os problemas de saúde, principalmente pela falta de atenção na rede pública, não atendia as reais necessidades dos trabalhadores, o que favoreceu à invisibilidade das questões relacionadas ao trabalho. As dificuldades estavam relacionadas aos encaminhamentos inadequados, os médicos tinham dificuldade de reconhecer os casos de LER/DORT e junto com a dor e limitações físicas, havia

sofrimento psíquico (Representante do CEREST).

Naquele panorama e realidade de saúde constituiu-se a Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (CIST), no Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Santa Cruz do Sul, que, segundo Santorum e Macedo (2001), teve a participação da UNISC, da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, dos sindicatos dos trabalhadores e dos representantes dos usuários. Segundo Krug (2003), aquela construção coletiva demonstrou a importância do controle social no planejamento participativo para consolidar as ações de saúde do trabalhador. Aquela Comissão elaborou o projeto para a implementação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, que previa verba do projeto “Municipalização Solidária” na forma de repasses de verbas estaduais do setor de saúde aos municípios, “que começou a reestruturar as relações de poder entre as esferas administrativas e a consolidar a participação popular no SUS” (KRUG, 2001, p. 4).

Naquele período, os membros do CMS foram estimulados a pensar nas prioridades para a aplicação dos recursos financeiros. O estado repassava a verba para os municípios através dos fundos e o destino era decidido no CMS, de acordo com as suas necessidades. Segundo Krug (2003), durante a construção do projeto, a CIST reunia-se com o movimento sindical, oportunizando discussões sobre a política do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; também buscou aproximação com a UNISC e com o governo do Estado, buscando esclarecimentos sobre as responsabilidades municipal e estadual, o que fortaleceu a construção do projeto. Como foi indicado pela liderança sindical e representante da CIST, foi naquele contexto que o entendimento quanto à necessidade de constituir um serviço em âmbito municipal, denominada UMREST, e outro, de abrangência regional, denominada CEREST, amadureceu na Região.

A Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador em Santa Cruz do Sul foi inaugurada com uma equipe mínima, contando com uma enfermeira, uma psicóloga e uma médica. A seleção dos profissionais foi realizada pela Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (CIST), que divulgou para os profissionais de saúde atuantes na rede municipal, contratados ou concursados, as vagas para atuar nesta unidade de saúde.

A unidade municipal começou pequena, poucos profissionais. Eu participei desse processo como integrante da CIST, então fizemos uma seleção contando com os profissionais que já faziam parte da rede pública e que manifestaram interesse nessa área (Representante do CEREST).

Apesar dos profissionais selecionados terem especialização na área do trabalho, não havia clareza sobre como deveriam atuar, como fazer ST no SUS, por ser uma área de atuação diferente do enfoque do campo da medicina do trabalho e da saúde ocupacional. Naquele período, os acadêmicos do curso de Enfermagem da UNISC começaram a desenvolver ações de saúde do trabalhador junto a essa equipe de saúde, participando efetivamente dessa construção. Outro aspecto relevante naquela construção foi a oportunidade de o movimento sindical participar com um representante junto a uma secretaria do governo do Estado.

Um acontecimento importante naquele processo inicial de discussão e de construção de uma política pública de saúde do trabalhador em Santa Cruz do Sul foi a oportunidade dos profissionais participarem de um curso sobre saúde do trabalhador, promovido pela Secretaria Estadual de Saúde e desenvolvido pela Escola de Trabalhadores Oito de Março, com carga horária de 200 horas, organizado em dois módulos e com duração de cinco meses. Os conteúdos programáticos daquele curso envolviam: a história da construção do SUS, os direitos à saúde, o direito ao trabalho, as patologias do trabalho, entre outros. Aquela capacitação envolveu diferentes categorias profissionais, mesclava pessoas com níveis de escolaridade diferentes (membros do movimento sindical, conselheiros de saúde, técnicos da área da saúde), objetivando colocar todos os envolvidos com a área de saúde do trabalhador no mesmo patamar, um aprendizado coletivo com troca de experiências. O curso teve várias edições, conforme a fala:

Foi muito interessante a capacitação que tivemos em Porto Alegre. Pessoas de diferentes profissões ficavam na mesma sala aprendendo sobre o SUS, sobre os direitos a saúde e patologias do trabalho. Isso realmente foi muito bom para poder compreender como seria o desenvolvimento das ações (Representante do CEREST).

Assim, a unidade municipal de Saúde do Trabalhador foi se estruturando, organizando seu fluxo de atendimento, de acolhimento e de assistência. O serviço iniciou com uma demanda de trabalhadores provenientes dos sindicatos do município, onde havia uma lista de trabalhadores adoecidos. Aos poucos os profissionais foram percebendo que as histórias dos pacientes não eram individuais, solitárias e diferentes, mas tinham um caráter coletivo e de semelhança entre elas, mesmo sendo trabalhadores de diferentes empresas, ocupações, ramos produtivos e idades, segundo a entrevista:

[...] os pacientes contavam histórias muito semelhantes: que começou a trabalhar ainda jovem, que se dedicava muito ao trabalho, que não conseguia mais produzir porque começou a ficar com dor e foi demitido ou foi de alguma forma discriminado dentro da empresa, ou foi ameaçado, ou não teve a CAT, ou não conseguiu o benefício... aquelas histórias todas (Representante do CEREST).

A UMREST também atuava junto às unidades básicas de saúde, fazendo um trabalho de formação, capacitando os profissionais para realizarem as notificações dos agravos à saúde relacionados ao trabalho. Todas essas ações restringiam-se a Santa Cruz do Sul, pois o serviço era municipal. Após seis meses de sua inauguração a UMREST começou a apresentar dificuldades em relação ao atendimento multidisciplinar, sendo esta questão levada ao CMS e tendo o apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e da CIST para a busca da solução dos problemas vivenciados (CMS SANTA CRUZ DO SUL, 2002a).

Dentre as ações realizadas pela UMREST de Santa Cruz do Sul, no início da sua atuação, merece destaque “O Dia de combate as LER/DORT”, com o objetivo de denunciar as irregularidades e o descaso com que era tratada a saúde dos trabalhadores lesionados. Também divulgaram o número de casos atendidos desde a inauguração do serviço (em três meses a UMREST havia registrado 80 casos), além da divulgação da prevenção dessa doença (GAZETA DO SUL, 2002).

Em abril de 2002 houve a primeira Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador, organizada pelos profissionais da unidade de referência e membros da CIST. Segundo uma entrevistada, “*era uma chuva de ideias, sentimentos e conhecimentos*” (Representante do CEREST). Em 2003 realizou-se “O Primeiro Encontro Municipal de Combate a LER” na Câmara de Vereadores (GAZETA DO SUL, 2003). Em 2004 ocorreu “O II encontro de combate a LER”, evento organizado pela UMREST, pelo Departamento de Psicologia da UNISC, por Sindicatos dos Trabalhadores e portadores de LER/DORT (Tribuna Metalúrgica, em 28 de fev. 2004).

Também no ano de 2002 a planta da obra do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador foi entregue ao Secretário Municipal de Saúde, assim como a planilha de orçamentos e o memorial descritivo da obra, para que a Prefeitura pudesse dar andamento à licitação e o serviço entrasse em funcionamento no mesmo ano. Os municípios que participariam do consórcio se comprometeram a destinar 10% de sua verba – Fração Solidária – ao Centro de Referência para sua implementação. Ainda naquele período houve divergências de ideias sobre a utilização de recursos da UMREST para dar contrapartida no Centro de Referência Regional, haja vista que a Secretaria Municipal de Saúde realizou este acordo com o Governo do Estado sem consultar o Conselho Municipal de Saúde (CMS SANTA CRUZ DO SUL, 2002b).

Durante todo o processo de criação do Centro de Referência, destaca-se que o município de Santa Cruz do Sul esteve receoso pela impossibilidade de arcar com o vínculo empregatício

de todos os profissionais que ali atuavam, tendo em vista que essa necessidade era protocolo do Governo do Estado. Da mesma forma, entendiam ser arriscada a realização do financiamento para tal projeto, pois tinham medo de, no futuro, a esfera estadual e/ou federal encerrarem o Projeto ora em vigor, sob alegação de exaustão de recursos financeiros (CMS SANTA CRUZ DO SUL, 2002c).

Ainda assim, em dados obtidos em atas de reuniões, observou-se a explanação da médica do trabalho da UMREST acerca da diferenciação da Unidade e do Centro Regional de Saúde do Trabalhador, dado que existiam muitas dúvidas sobre as competências e atribuições desses serviços. A mesma apontou que o Centro Regional daria suporte técnico e operacional aos serviços da rede de saúde dos municípios, atendendo aos trabalhadores de todos os municípios da Região que viessem a se conveniar, sendo também um centro de reabilitação, proporcionando a resolutividade que a Unidade Municipal não atingisse. Quanto à Unidade, conforme Norma Operacional Básica 01/96, todo município em Gestão Plena deve garantir atendimento ao acidentado do trabalho e/ou ao trabalhador acometido por doença ocupacional que resida no município. Além disso, destacou que o Centro seria um núcleo de recuperação, reabilitação, de informação do Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SIST) da região, epidemiológico e de vigilância (CMS SANTA CRUZ DO SUL, 2002c).

Nesse sentido, no ano de 2003 foi discutida a possibilidade de se regionalizar a Unidade Municipal de Saúde do Trabalhador, não sendo essa proposta aceita pelos membros da CIST, que entendiam a necessidade de manter a Unidade Municipal e de instalar de forma separada o Centro Regional (CMS SANTA CRUZ DO SUL, 2003). Ainda em 2003, na esteira do fortalecimento da política de saúde do trabalhador na região, foi inaugurada uma Unidade Municipal de Saúde do Trabalhador (UMREST) no município de Rio Pardo, incentivada pelo movimento sindical; a partir de 2006, aquela Unidade passou a contar com uma equipe completa de profissionais de saúde (médico, enfermeiro, psicólogo), conforme a entrevista: “Não temos documentos, mas sei que a UMREST aqui em Rio Pardo inaugurou em 2003 e só em 2006 conseguimos uma equipe mínima com médico, psicólogo e enfermeiro” (Representante do UMREST).

Naquele período, no Rio Grande do Sul havia um projeto criado pela Coordenação da Política de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (CPAIST), que estava planejando os Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador, dividindo as ações por estados, regiões e macrorregiões com o intuito de ter centros de referência, parecidos com o que se tem hoje no CEREST. No Rio Grande do Sul, quando se pensou em criar Centros de Referência

Regional em Saúde do Trabalhador, o município sede teria custos com a equipe de profissionais, mesmo que esta equipe trabalhasse para toda a região. Para manter os custos do serviço regional, os demais municípios deveriam contribuir com o repasse do recurso para a Saúde do Trabalhador vindo do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Com a mudança de governo, a CPAIST deixou de existir. No governo de Germano Rigotto (2003 – 2006) instituíram a divisão de saúde do trabalhador e os Coordenadores de Saúde passaram a ser denominados Delegados de Saúde; de Coordenadoria passou a ser chamada Divisão. Conforme a fala de um dos entrevistados: “No governo Rigotto as coisas mudaram, criaram a divisão de saúde do trabalhador, retiraram a coordenação da política de saúde do trabalhador e passou a existir os delegados de saúde” (Representante do CEREST).

Após aquele período uma enfermeira do trabalho assumiu como Coordenadora Estadual e atribuiu a meta de implantar os centros de referência regional, dando continuidade ao movimento que vinha acontecendo. Durante a visita da Coordenadora Estadual ao município de Santa Cruz do Sul foi sugerido que a unidade municipal se transformasse em centro regional, ampliando o serviço. Durante essa mudança de governo foi publicada e aprovada uma legislação nacional, a portaria 1.679 - Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST), prevendo os centros de referência em todo o Brasil.

Com a RENASt, o município de Santa Cruz do Sul colocou em prática o projeto que já havia iniciado, habilitando o Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador. O credenciamento foi feito com uma equipe reduzida, contando com três técnicos, um agente administrativo e uma recepcionista, apesar da composição mínima da equipe ser de dez profissionais. A legislação previa um prazo para se adequar, segundo entrevistada:

[...] aí enfrentaram um dilema, o que fazer com a Unidade Municipal? Transformá-la em centro de referência regional? E os pacientes que estavam em tratamento? Havia em torno de 300 pacientes em acompanhamento na UMREST” (C1). “Acreditava-se que o centro de referência teria maior dedicação para as vigilâncias nos ambientes de trabalho, o que justifica uma equipe maior e, também, porque a UMREST não fazia (Representante do CEREST).

Diante da dificuldade em escolher por um serviço, reuniram-se os sindicatos, CMS, CIST, UNISC e CRS para decidir sobre qual serviço permaneceria. A decisão inicial era manter os dois serviços, o que foi confirmado pelo Estado quando destacaram não ser necessário fazer a escolha por um dos serviços. Como o município de Santa Cruz do Sul já estava habilitado, este passou a receber os recursos do governo federal em 2003 para um Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador. Em seguida, criou-se o conselho gestor para acompanhar e

fiscalizar o serviço, incluindo um representante dos trabalhadores. A RENAST promoveu um encontro nacional em Brasília, em 2003, para qualificar esse processo de implantação dos centros de referência que estava acontecendo em vários lugares do Brasil. Alguns serviços que funcionavam em São Paulo e Bahia como Unidades Municipais de Referência em Saúde do Trabalhador foram transformados em Centros de Referência Regional em Saúde do Trabalhador. Na época, o serviço era nominado CRRST e não CEREST, que é da última portaria. Todo esse movimento acontecia de forma articulada com o controle social, tanto municipal quanto estadual, CIST estadual e universidade.

Após um período de intensas discussões e definições, o Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador foi então inaugurado no dia 11 de maio de 2004 (CMS SANTA CRUZ DO SUL, 2004). Nos demais municípios dessa região, as ações de Saúde do Trabalhador iniciaram somente após a implantação do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador.

Em dezembro de 2003 iniciou o processo de contratação dos profissionais para atuar no Centro de Referência Regional, sendo contratados: um fisioterapeuta, um enfermeiro, um terapeuta ocupacional, um motorista, uma servente e um técnico de segurança do trabalho. Em março de 2004 foi inaugurado o serviço com sede provisória, pois a obra do prédio ainda não havia sido iniciada. Em novembro de 2005 o prédio do CEREST foi inaugurado, construído com verba estadual. Após iniciar a obra, surgiu o interesse do Estado em adequar o projeto inicial para construir mais um andar, onde seria instalada a 13ª CRS, porém esta obra não aconteceu e até hoje a 13ª CRS está em um prédio alugado. Conforme relato: “[...] nesse prédio aqui, na planta estava previsto mais um andar. Era para ser instalado a Coordenadoria Regional de Saúde [.....] isso nunca aconteceu” (Representante do CEREST).

Durante os anos que se seguiram, observa-se, em atas, a existência de importantes conflitos entre a CIST e a Secretaria Municipal de Saúde no que tange à gestão da UMREST, tendo em vista que em vários momentos certas definições, como local de atuação e demissão de profissionais, eram tomadas sem a concordância dos membros da CIST (CMS SANTA CRUZ DO SUL, 2005). Outros problemas financeiros foram enfrentados pelo CEREST durante esses anos, visto que o governo municipal não aplicava a verba recebida pelo governo estadual destinada a esse serviço, fazendo com que os repasses fossem diminuídos e ameaçados de suspensão em caso de não aplicação dos mesmos (CMS SANTA CRUZ DO SUL, 2007; CMS SANTA CRUZ DO SUL, 2011c).

É ainda observado que, mesmo após seis anos de inauguração, em 2010, alguns conselheiros não compreendiam as atribuições do CEREST enquanto órgão com atuação na prevenção e vigilância e questionavam o número de atendimentos realizados pelo serviço, alegando que os profissionais poderiam ampliá-lo (CMS SANTA CRUZ DO SUL, 2010). Além disso, em meados de 2011, conselheiros discutiam a necessidade da construção de uma legislação municipal que viabilizasse atribuições ao CEREST e UMREST, com poderes de atuação na vigilância em saúde do trabalhador nos ambientes de trabalho. No entanto, através das atas, observa-se que nesse período existiam uma desestruturação do serviço da UMREST e problemas enfrentados acerca dos recursos destinados ao CEREST, acarretando em dificuldades para o governo municipal receber a Comissão de Saúde do Trabalhador para discutirem esse assunto (CMS SANTA CRUZ DO SUL, 2011b; CMS SANTA CRUZ DO SUL, 2011c).

4.3 A construção da política regional de saúde dos trabalhadores na perspectiva dos profissionais da saúde

Como foi indicado anteriormente, durante a realização do trabalho de campo foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde, orientadas as entrevistas por um roteiro que contemplou quatro eixos temáticos: 1. Histórico de atuação no campo da saúde do trabalhador; 2. As concepções sobre política pública da saúde do trabalhador; 3. Avaliação da atuação do Estado no campo da saúde do trabalhador na região; 4. Os desafios colocados atualmente para a saúde do trabalhador e para a estruturação de uma política regional de saúde do trabalhador.

Assim, nesta parte da análise pretende-se dar atenção ao olhar desses profissionais de saúde, numa perspectiva de ampliação da compreensão do processo histórico de construção das políticas de saúde dos trabalhadores na Região 28 de Saúde, mas também de identificação das diferentes concepções de saúde dos trabalhadores que estão presentes entre os sujeitos que participam desse processo de construção.

Uma primeira questão, então, a ser analisada a partir das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde está relacionada com o histórico de atuação desses profissionais no campo da saúde dos trabalhadores. Nessa direção, importante registrar as manifestações dos representantes das UMRESTs, em cujas falas iniciaram recuperando a participação que tiveram na própria construção, em seus municípios, dessas unidades, mas, também, destacando a participação naquele processo de algumas instituições, de alguns profissionais e do movimento

sindical.

É, o nosso município iniciou em torno de 2002, 2003 com o movimento sindical. A UMREST [...] nasceu de um sonho que o movimento sindical e o conselho municipal de saúde foi umas das primeiras comissões que teve no município foi a CIST em 2002 e aí então a primeira unidade de saúde do trabalhador [...] havia toda uma construção da política de saúde do trabalhador no estado, foi umas das pioneiras e aí depois teve movimentos sindicais em São Paulo e lá desenvolveu, e nosso estado depois, não me recordo em qual, mas daí a política estadual esmorecida e aí em 2006 foi inaugurada aí então a unidade municipal de saúde do trabalhador né, já intitulada com UMREST que iniciou nessa sala aqui, em 2006. Aí a gente manteve atuante com equipe completa, aí tinha médico, tinha psicólogo, tinha assistente social, tinha técnico de segurança do trabalho, tinha enfermeira, que aí eu comecei em 2006. Em 2003 eu já acompanhava lá a unidade mas aí eu tinha carga horária assim, eu acompanhava quando tinha algum encaminhamento, mas eu não ficava na unidade né. Quando veio pra cá em 2006 eu já fiquei aqui na unidade e aí a gente fazia, pra ti ter ideia, em 2007 a gente teve 640 notificações, no sistema [...]. Aí a gente ficou até 2009, 2010...2010 já acabou os contratos da maioria dos profissionais, aí ficou só a técnica de segurança e eu até 2012. E aí em 2012, com a troca de gestão aí acabou, aí ficou só “equipe”, eu e o motorista, porque tem o carro né que foi cedência do CEREST /VALES, que a gente tem um veículo só pra saúde do trabalhador (Representante da UMREST).

Que eu lembro na verdade, o serviço começou há mais ou menos uns 15/16 anos atrás, justamente com a questão do movimento social, né, foi um movimento social da região aqui que se mobilizou pra poder construir esse serviço, né. E aí nessa época quem participava era a representando a 13ª, do CEREST [...]. E que eram assim as pessoas da época de técnicas assim bem engajadas, tinha da UNISC também, era as professoras da psicologia [...]E aí foram sindicatos né, que começaram a se mobilizar, e aí a UMREST surgiu no município muito antes do CEREST, né, que eu lembro mais ou menos é isso assim que aconteceu (Representante do UMREST).

O histórico de atuação das UMRESTs, no entanto, apresenta dificuldades de diferentes naturezas, inclusive no que diz respeito à infraestrutura necessária para atividades básicas. O relato da representante da UMREST do município de Rio Pardo, nesse sentido, é ilustrativo, ao indicar que nem mesmo um computador, no momento da entrevista, auxilia nas atividades realizadas na Unidade:

[...; E aí continuou então, a UMREST foi lá pra matriz né e agente continuou tocando, só que agora esses 3 anos [...] inclusive esse ano a gente não tem nenhuma notificação no sistema porque a gente tá sem computador e aí eu disse assim pra eles “enquanto não entrar um computador pra UMREST eu não vou notificar mais” [...]. O nosso computador estragou com a enchente aquela que deu em outubro né, e aí a gente não recebeu mais e estamos esperando (Representante da UMREST).

Dificuldades que, no histórico das UMRESTs, se expandem para a relação com o poder público, ou então no diálogo com espaços sociais importantes (empresas, sindicatos mesmos), expressando uma dinâmica de avanços e recuos, às vezes condicionada pelas ações dos governantes, às vezes vinculada à própria dificuldade em alcançar uma visão mais clara sobre atuação pública no campo da saúde dos trabalhadores. Como expressa a fala da representante

da UMREST de Santa Cruz do Sul:

[...] a gente já passou por várias fases na saúde do trabalhador, né. Posso falar do momento que eu cheguei, quando eu cheguei as ações eram muito restritas, digamos assim, porque existia o médico, a enfermeira e uma psicóloga. Então era muito mais assistencialismo né, assistencialismo mesmo de dar as coisas no sentido de mastigadinho, pescadinho né, do que no sentido de promover a saúde dos trabalhadores né. Então era uma coisa muito mais voltada pra área da medicina, com atestados de incapacitação pro trabalho e se acabava trabalhando muito para o INSS e não para a saúde do trabalhador. Por várias questões, por vários motivos assim, desde dificuldade de técnica até dificuldade estrutural né, e questões de dificuldade de controle social também que na época tava um pouquinho [...] um pouquinho não, tava muito desarticulado, porque quando eu cheguei na UMREST, eu articulei novamente a CIST né, que não tava acontecendo mais, aí chamei todo mundo, fiz reunião, coloquei as situações, o que que a gente poderia fazer em termos de saúde mesmo né. E ali a gente retomou as ações do controle social, já com algumas dificuldades, porque na primeira reunião foram até bastante pessoas, na segunda diminuiu, na terceira já foi bem menos e, a partir disso, começou a ficar sempre os mesmos né [...] e aí vinham mais um ou dois de um sindicato e/ou outro, e era isso. E aí a gente discutiu o quanto o controle social não tava fortalecido né, e eu questionava muito isso no sentido de como a gente faz saúde do trabalhador sem controle social. Até hoje eu me pergunto isso, eu não tenho resposta (Representante da UMREST).

A continuidade da fala dessa entrevistada permite perceber como, no histórico de construção das UMRESTs, das dificuldades enfrentadas pelos profissionais que atuam nas Unidades resultam, não raras vezes, a necessidade de assumirem uma posição de militante, para vencer barreiras que se colocam, inclusive, junto a determinadas instituições que efetivamente têm compromisso com a discussão e a construção de uma política de saúde dos trabalhadores. Nessa dinâmica conflituosa destacam-se, então, preconceitos em relação à própria natureza da UMREST, concepções de saúde dos trabalhadores que são antagônicas, sentimento de impotência dos profissionais, problemas de gestão dos serviços etc.

[...] com o passar do tempo a gente começou então a fazer umas coisas fora, no sentido do controle social mesmo então. Eu visitei sindicatos, coloquei a nova equipe como tava composta [...] como era a forma de encaminhamento, colocamos a questão toda de como a gente trabalhava né. E aí a gente percebia muito que ou tinha um certo descaso em relação à unidade, um certo descrédito até, porque eles tinham uma visão muito essa da qual eu te falei antes, de que a UMREST servia pra dar atestados né [...] enfim, uma coisa judicial assim. E a gente mostrava “que bom, isso até pode fazer parte do processo, mas o objetivo não é esse, o objetivo é o tratamento dos trabalhadores adoecidos”, e até as prevenções também e promoção. E aí a gente sentiu uma certa resistência por parte de alguns sindicatos de entender ou até de aceitar isso assim né. Mas enfim, aí depois, a partir disso, a gente achou que ia ter uma demanda então específica e tal dos sindicatos, porque a gente abriu as portas para os sindicatos fazerem encaminhamentos. Aconteceu um ou dois, e não aconteceu mais. Bom, a partir disso, também comecei a me engajar mais junto com o CEREST pra fazer vigilância em ambiente de trabalho, juntamente com a equipe que é voltada pra essa atividade ali né, participei também do controle social do conselho gestor por um tempo como conselheira e aí pra entrar bem na questão da política mesmo de saúde do trabalhador, porque eu percebia que pouco a gente ia poder fazer a nível de saúde sem o engajamento no controle social e da própria política do controle [...]. Então, a gente foi em alguns encontros com o conselho municipal de saúde e, aos poucos, a gente foi

descobrimo que tinha sim um desânimo, uma falta de esperança em relação ao serviço assim né. Que as pessoas não viam isso aqui como algo que pudesse ser bom, produtivo e ajudar alguém de outra forma que não sendo só através de atestado. E era uma coisa que já tava tão enraizada que era muito difícil a gente convencer as pessoas do contrário. Sem contar que tecnicamente e internamente a gente tinha muitos problemas. [...] a gente nunca tinha uma coordenação também que fosse posicionada né, a gente sempre teve esse problema dentro do serviço, ou tinha falta de coordenação ou uma coordenação frágil, frágil no sentido de não buscar o necessário pra gente poder trabalhar, de não brigar entre aspas né, pelo espaço da UMREST dentro da saúde, problemas com gestão, que a gente sabe que é uma coisa que acontece não só conosco, não é um privilégio nosso, mas é diferente quando tu tem uma equipe e uma coordenação engajada, e isso a gente não tinha. Então, a gente passou a ficar muito tempo rotulados e ainda somos rotulados como um serviço que não faz nada, como um serviço onde os profissionais não trabalham, não são engajados, e que a gente acaba se desestimulando também, porque, bom, isso também é motivo de sofrimento [...]. Então, a gente fazia, claro que não se atendia a demanda, mas a gente também não tinha como atender a demanda, porque a gente não tinha apoio pra isso. E aí, então, muitas vezes, o trabalhador também não queria que a gente fizesse a VISAT no ambiente de trabalho, porque ele tinha medo de perder o emprego, de ser demitido, porque pior do que estar como ele estava era ainda ele perder o emprego. Então, a gente respeitava isso também e a gente tentava buscar alternativas né. Só que aí, o que que acontece, tudo recai em cima do trabalhador, é o trabalhador que tem que se tratar, é ele que tem que tomar remédio, é ele que não rende, é ele que tem que lidar com a limitação dele né. E a gente percebe que não é só isso, claro que ele tem um adoecimento, que ele vai ter uma limitação, mas, pô, tem um contexto dentro da vida dele assim né, ele tá inserido num ambiente familiar, num ambiente de trabalho que pode favorecer ou não o agravamento desse quadro né. E aí, nesse contexto que a gente sentia dificuldade de penetrar, assim de trabalhar né, porque sempre é o trabalhador vir pro médico e voltar a trabalhar. E até a dificuldade deles de reconhecerem que eles precisavam de fisioterapia, que eles precisavam de um acompanhamento de terapeuta ocupacional, que alguns precisavam de acompanhamento psicológico [...]. (Representante da UMREST).

A manifestação dessa entrevistada tem uma importância que transcende à questão histórica das UMRESTs na região de estudo. Trata-se de uma fala que ilustra dificuldades na construção de uma política de saúde dos trabalhadores, decorrentes tanto da resistência que representantes sindicais muitas vezes têm em relação a determinadas abordagens, quanto dos próprios trabalhadores que, condicionados por uma cultura de individualização das relações de trabalho, nem sempre estão dispostos a enfrentar publicamente as repercussões de suas condições de trabalho sobre suas condições de vida. Como indicado claramente, o medo de perder o emprego pode se colocar como uma condição importante para um “vamos deixar isso para lá” no momento de definir ações vinculadas à saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho.

No contexto atual das duas UMRESTs existentes na região e, considerando ações de promoção da saúde, os profissionais desses serviços evidenciaram a importância das atividades de capacitações temáticas junto a rede básica de saúde. Essa ação tornou-se cada vez mais imprescindível, devido ao incremento do número de Estratégias de Saúde da Família nos dois

municípios e novos profissionais concursados que passaram a integrar a rede básica de saúde, necessitando serem capacitados para identificar e atender questões relacionadas a ST.

O último registro da entrevista realizada com a representante da UMREST do município de Santa Cruz do Sul remete ao segundo tema que foi abordado com os profissionais de saúde que atuam com saúde dos trabalhadores: a concepção que têm sobre a política de saúde dos trabalhadores. Nessa direção, uma entrevistada destacou as discontinuidades na construção da política, apontando, por exemplo, para o fato de que, na região, nem todos os municípios têm ações comprometidas com a saúde dos trabalhadores:

É uma política que já existe, que foi só normatizada né. Só que existe prá mim em Rio Pardo, que já tá em construção desde 2003. Aí tu pega um município vizinho, Pantano Grande não tem nada da política [...] tu pega Encruzilhada não tem nada da política. O homem do campo sofre na carne isso e aí a gente vê uma política paralela, que agora uma política do homem do campo que o estado criou agora, que entrou uma portaria que prevê tudo aquilo que já tá lá no RENAST, mas que criaram outra política que tá começando do zero e que o homem do campo não tem acesso a nada igual. Aí daqui uns dias se cria outra política, mas é uma política só, é um direito só. Aí fica toda uma construção, todo gasto com folder, com isso, com aquilo... prá falar a mesma coisa, que é a saúde da pessoa (Representante do UMREST).

Questões que não passam despercebidas pela representante da UMREST de Santa Cruz do Sul que, quando perguntada sobre a política, destacou, também, as dificuldades relacionadas ao controle social:

É isso que eu te falei antes, eu não sei como a gente faz saúde do trabalhador sem controle social. E eu vejo que a política hoje tá comprometida por isso, porque tá ali no papel, aparentemente tem verba, embora o estado não repasse. Mas a política fica comprometida pela falha, digamos assim, do controle social, na minha visão é isso (Representante da UMREST).

De certa forma, as falas dos representantes das UMRESTs são seguidas pelas manifestações de outros profissionais da saúde que foram entrevistados que, ao analisarem a política de saúde dos trabalhadores enfatizaram as dificuldades, as incongruências, os limites de atuação que estão presentes, inclusive, no cotidiano de seus trabalhos. A fala do representante da CRS, nesse sentido, é ilustrativa:

A pergunta já me remete direto à política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora né, que acho que seria a base de todas as ações que a gente deveria e deveria estar no nosso dia-a-dia assim, não só do CEREST né. No momento que a gente vai estudar a política, ler, interpretar, tu te dá conta assim de que não é só o serviço especializado que tem que fazer isso, teria que ser como a saúde da mulher, a saúde do homem, todas as outras políticas estão inseridas no posto de saúde, na unidade básica, a saúde da família, da criança. E a do trabalhador ela não consegue ter esse mesmo peso, digamos assim. A gente tem muita dificuldade de que ela esteja lá, lá na ponta [...] Então a gente depende muito do entendimento de alguns profissionais. E muitas vezes os profissionais não conhecem, não sabem, os próprios

gestores não tem conhecimento de que isso tem que ser feito lá no município. Então eu acho que isso é uma das dificuldades e é uma coisa que deve acontecer. Ela não pode tá separada, a gente não é gavetinhas, a gente não tem suas divisões. Como te comentei antes né, o trabalhador que chega lá na unidade básica é o teu paciente da unidade básica, é aquela pessoa que é hipertensa ou que faz vacina, ou que, enfim, as mulheres que fazem um pré-natal, fazem um preventivo. Então é o mesmo paciente que tá lá, a gente não é só trabalhador, só mulher, só homem. Eu acho que, na minha concepção, isso deveria estar ali, e a gente poder como CEREST poder tá trabalhando com esses suportes pra essas equipes. Então vamos lá, vamos discutir o caso, vamos fazer um matriciamento mesmo né... [...] vamos discutir o caso “ah, essa situação aí, isso com esse paciente a gente vai seguir tais procedimentos”, e aí vai chegar outros pacientes com as mesmas características ou muito parecidas “ah, a gente já sabe o que vai fazer com ele, porque o outro caso foi assim”, “ah, mas não, esse caso é diferente, então vamos chamar o CEREST pra gente discutir”. Eu acho que isso tinha que tá um pouco mais impregnado lá na atenção básica. Claro que, assim, essa minha visão, às vezes, eu fico pensando que é bem utópica, que maravilha se pudesse ser assim. No dia-a-dia a situação não acontece do mesmo jeito, a gente tem os trabalhadores da saúde que em alguns casos estão sobrecarregados, estão às vezes até adoecidos e não conseguem dar conta de tudo. Então tem esse outro lado que a gente também não pode esquecer, que são trabalhadores também né. Tem as mesmas pressões ou outro tipo de pressão, tu tem que atender rápido, tu não pode deixar o paciente esperando, não pode ter fila. Então tem tudo isso que complica bastante né (Representante do CEREST).

É, na verdade a política de saúde do trabalhador ela é, acho, que um campo que ela extrapola muito mais do que o campo somente saúde. Ela tem a ver com tantas coisas que só o setor saúde não dá conta. Ela é um campo que a gente precisa trabalhar muito a questão da intersetorialidade, da interinstitucionalidade, porque essas questões econômicas, as questões sociais aparecem com muita intensidade, não que nas outras políticas públicas... [...] acredito que é em qualquer campo de atuação vai ter isso assim, mas ela aparece muito, é muito forte isso assim né, por esse conflito dos interesses econômicos de garantir a saúde dos trabalhadores, isso acaba entrando em choque. Eu entendo como uma política essencial, eu acho que pra gente atuar nisso a gente tem que ser um pouco sonhador, a gente tem meio que sonhar com o mundo ideal, uma coisa meio utópica pra poder alcançar assim e ao mesmo tempo, eu vejo que é uma política que deveria... é uma política transversal, porque na verdade em todas as outras políticas públicas de alguma forma, a política de saúde do trabalhador aparece. Seja na própria questão, vamos pensar... só um exemplo assim, a saúde da mulher né, de alguma forma a saúde do trabalhador a gente acaba vendo na prática, muitas vezes, isso acontecendo, então a gente muitas vezes se depara com queixas de mulheres que estão gestantes, que tem toda uma legislação que garantiria o acesso ao pré-natal, a política de saúde da mulher, mas pelas questões da saúde do trabalhador, essa trabalhadora é impedida, muitas vezes, de tá realizando o pré-natal de forma adequada, ou, às vezes, o próprio fato de ser gestante exige que o local de trabalho também seja feito algumas adequações por aquele momento específico da saúde dela, que isso não acontece. Daí a gente pode pensar da política da saúde da criança e do adolescente que tem as questões do trabalho infantil. Na verdade, qualquer política... de saúde mental, tem muito isso. É então na verdade é uma política transversal, mas que, ao mesmo tempo, a gente tem muita dificuldade, acho que é de avançar nesse sentido, que as demais políticas também incorporem alguns conhecimentos e possa avançar nesse sentido, da gente trabalhar junto (Representante do CEREST).

As falas das entrevistadas sobre essas questões permitiram, no entanto, analisar duas outras questões que, embora tenham relação com as concepções de política de saúde dos trabalhadores, também remetem a outras problemáticas que estão presentes nesse campo de atuação: a visibilidade das doenças relacionadas ao trabalho e as estratégias utilizadas pelos

trabalhadores diante de doenças relacionadas ao trabalho. Em relação à primeira questão, a representante da UMREST de Rio Pardo indicou que, de modo geral, são doenças “visíveis”, enquanto que a representante da UMREST de Santa Cruz do Sul destacou as doenças que aparecem com maior frequência:

É quando tem a lesão propriamente dita né, tanto adoecimento mental, quando realmente tem uma síndrome, quando aparece a síndrome né. É física quando existe a lesão, ou o acidente ou a lesão realmente né, muscular, de limitação de movimento [...]. A gente não consegue fazer a prevenção, aqui em Rio Pardo a gente não tá conseguindo atuar na vigilância. Justamente por isso, por não ter uma ampliação da equipe né (Representante da UMREST).

LER e, psicologicamente, assédio... assédio moral. São as duas doenças que mais aparecem assim (Representante da UMREST).

A questão que se coloca é que os trabalhadores tendem a chegar até os espaços públicos comprometidos com a saúde dos trabalhadores somente em situações de maior gravidade, o que torna, portanto, as doenças relacionadas ao trabalho, um fenômeno invisível. As falas dos representantes do CEREST, nesse sentido, são muito ilustrativas:

[...] geralmente quando eles chegam aqui é quando não tem mais assim, a equipe do município já superou todas suas possibilidades, “a gente fez o que a gente tinha condições de fazer e não conseguimos” e aí encaminha pro CEREST. Porque a ideia é que também o paciente possa ter o atendimento no município e o CEREST seja um serviço de retaguarda técnica, pra suprir essas questões que o município não tá conseguindo dar conta. Então quando o paciente chega aqui ele tá numa situação bastante grave assim, tem pessoas, pacientes que tão com muita dificuldade, principalmente com relação a LER/DORT, a maioria dos nossos pacientes tem algum problema relacionado a LER/DORT, e aí eu não sei te dizer em percentual assim, mas é muito grande assim, a maioria, alguns em decorrência de um acidente, mas assim, a grande maioria é mesmo pela questão da dor e muitas vezes são pessoas que já tão, não conseguem mais trabalhar por causa da dor, alguns ainda estão trabalhando, não tão afastados, mas já tiveram afastamento. Então assim, a pessoa já teve vários afastamentos, ou está afastada do trabalho, então são situação que tão bem graves assim, que já afetaram a vida pessoal né. Alguns não conseguem fazer as atividades de vida diárias, assim de os cuidados básicos. Teve casos de mãe que não conseguia segurar o filho, eu já ouvi relatos de uma paciente que não conseguia mais pentear o cabelo de tanta dor que ela tinha. Então são pessoas que já tão com uma situação de limitação já bem grande (Representante do CEREST).

A maioria dos trabalhadores quando chega até aqui, eles já passaram, muitas vezes, por um longo período, assim, de tá buscando algum serviço de saúde pra poder compreender o que causa tanta dor, ou alguns já têm algum tempo sintomas, mas acaba procurando mais recentemente o serviço de saúde. Acho um pouco pelo o que eu falei antes assim, justamente porque a gente tá num mundo do trabalho de que salve-se quem puder, as pessoas vão trabalhando até não suportarem mais. Daí quando elas não suportam mais, elas vão buscar e, muitas vezes, isso é de alguma forma já tá tarde, já tá crônica né, e isso acaba tendo uma repercussão na vida das pessoas de forma devastadora, porque não é só na relação com o trabalho, não é só o trabalho que é afetado, é tudo, é a vida familiar, é a vida conjugal, é a questão até com relação ao autocuidado, é tudo isso acaba ficando muito comprometido. E justamente como eu falava antes da competição entre os colegas, isso aparece também como algo a mais no sofrimento, a incompreensão por parte dos próprios colegas, dos próprios pares daquele adoecimento. As pessoas muitas vezes chegam se questionando “será realmente que o que eu tenho é real?”, muitos acabam ouvindo “isso é coisa da tua

cabeça”. Desconstruir isso é muito difícil. Eu sempre trago, mesmo que seja algo só da cabeça, a cabeça faz parte da pessoa, ela não é uma entidade a parte (Representante do CEREST).

Os trabalhadores da saúde entrevistados tendem a vincular a invisibilidade das doenças à própria organização do trabalho atualmente. Na visão deles, os locais de trabalho atualmente estão cada vez mais caracterizados por maior pressão, maior competitividade e maior responsabilização dos próprios indivíduos em relação à sua condição de trabalho e de trabalhador. Nesse contexto, assumir as próprias doenças pode se colocar como um problema, que se volta contra o próprio trabalhador, que não consegue atender às expectativas que seus locais de trabalho colocam em termos de produtividade.

[...]. Pensando na região aqui, o que a gente nota assim, tem as queixas muitas vezes dos trabalhadores com relação a pressão para produção, tem que produzir tantas peças de vestuário num dia né. E aí alguns pacientes relatam que no momento em que a equipe, o time, ou sei lá como eles chamam, aquela linha de produção atingir a minha meta que era de sei lá, 200 peças, vamos fazer mais 50, vamos fazer 250 amanhã. Então essa pressão por produtividade e consequentemente pelo lucro, é muito grande, e eu acho que isso é uma das coisas que tem afetado muito o trabalhador assim de indústria [...] eu acho que no geral [...] isso a gente pode trazer também pra outros ramos, frigorífico também. E é comum assim, o CEREST chega na empresa e pergunta: “aí o ritmo de trabalho é sempre assim?” [...] “não [...] diminuíram quando vocês chegaram”. [...] Ai acontece também casos de que o [...] por exemplo né, nós somos 5 pessoas naquela linha de produção e eu não consigo atingir aquela meta, porque eu estou doente ou porque eu estou adoecida com relação ao meu trabalho e aí os meus colegas começam a me pressionar porque eu tenho que produzir pra gente chegar na meta e ganhar alguma coisa e ter um bônus no final do mês, enfim [...] é bem complicado assim (Representante do CEREST).

Essa última fala já indica uma estratégia presente entre os trabalhadores diante de situações de adoecimento no trabalho: a negação. Essa foi uma questão muito destacada pelos trabalhadores de saúde, ao serem perguntados sobre as estratégias que os trabalhadores utilizam diante de doenças no trabalho: os trabalhadores, face às pressões que enfrentam diante de situações de adoecimento, passam a negar as próprias doenças.

[...]. Eles permanecem trabalhando até terem uma lesão irreversível e até eles não conseguirem mais, aí eles trocam a função, trocam de profissão e aí a lesão continua e aí eles ficam realmente [...] quando incapacita completamente aí eles, muitas vezes é o trabalhador que fica ou com adoecimento mental grave aí eles perdem o vínculo com a família, é muito triste a história desse paciente. E a gente tem muitos, muito, milhares. Ele não consegue, ele não tem remuneração. E agora com essa nova proposta, que já entrou uma nova portaria da previdência social que eles vão fazer uma revisão de todos os auxílios doença, de mais de 2 anos. Então provavelmente isso vai ser agravado né. Agora mesmo eu estou com 3 pacientes que tão com bursite grau 3. As três são serventes de EMEI. Então o que acontece, o que se vê [...] tu consegue no máximo afastamento de 6 meses por auxílio doença. Aí o que eu estou fazendo com uma das pacientes que eu estou em acompanhamento, eu agendei o hospital regional, o médico do hospital regional referenciou fisioterapia. Encaminhei para o

ortopedista do posto, ele disse que a lesão dela é imobilização e medicação, anti-inflamatório. Ela foi encaminhada pelo ortopedista da unidade para um traumato e o traumato fez o diagnóstico de síndrome de burnout, essa não, perdão, aquela outra que é uma dor crônica [...] fibromialgia. Aí ela veio chorando aqui “pelo amor de deus, que que é isso, que doença é essa? Aí eu expliquei pra ela. Aí referenciei o hospital clínicas e ela fez o atendimento ontem, a equipe do clínicas disse a mesma coisa que o ortopedista. [...]. (Representante da UMREST).

Isso é uma grande visão distorcida sobre o trabalhador “ah, ele quer se encostar, ele não quer trabalhar, ele é vagabundo”, no entanto, o que a gente percebe é que assim, eu não vou te dizer que todo mundo é assim, a gente percebe que tem pessoas que realmente querem o seu benefício e vão embora e nunca mais aparecem, depois quando o benefício é cortado elas voltam, tem. Mas o que a gente percebe na maioria das vezes é de que o trabalhador sofre muito porque ele não consegue mais trabalhar, render como ele já rendeu um dia. Então ele nega tanto o problema dele que ele mesmo sentindo dor ele vai trabalhar, e ele só busca o recurso quando ele não aguenta mais e que aí já compromete todo tratamento, todo o quadro clínico dele, por essa negação que ele faz da doença e o que ele não quer ver da sua limitação, de que “bom, a partir de hoje, ele não vai poder mais esticar os braços assim, a corda lá vai ter que tá a nível do ombro”, mas ele vai continuar fazendo o trabalho dele, só que ele vai ter que fazer de uma forma adaptada, diferente [...] (Representante da UMREST).

Na verdade, eles ultrapassam os próprios limites assim, então acabam, muitas vezes, negligenciando a sua saúde, mesmo não tendo condições, vão indo vão indo vão indo, e realmente, até não aguentar mais. Então, às vezes, aquele tempo que poderia ser utilizado pro lazer, que é o tempo que ele não tá no seu local de trabalho, as pessoas acabam de alguma forma usando esse período somente pra descanso, não pra alguma atividade que traga prazer também, então acaba sendo só uma forma de descansar, pra amanhã poder aguentar e suportar mais uma jornada de trabalho, né. Aparece muito a questão assim das questões das metas, da fala de quase todos trabalhadores que a gente atende de que é uma meta que hoje, que se hoje ela tá em 100, se eles dar conta, ela vai tá em 200 e depois de amanhã ela vai tá em 300, não termina nunca [...] (Representante do CEREST).

Quanto à avaliação dos profissionais de saúde em relação à atuação do Estado no campo da saúde do trabalhador na região, observa-se que a questão principal está relacionada ao financiamento, em especial quando se refere aos compromissos dos governos estadual e nacional. Esse dado, no entanto, precisa ser contemporizado, dado que, no momento da realização das entrevistas, as dificuldades financeiras alegadas pelo governo estadual no Rio Grande do Sul e os desdobramentos do governo Temer (em especial no que diz respeito a cortes nos gastos públicos) podem ter se colocado como questões importantes na construção das respostas das duas entrevistadas. “Não há nenhum compromisso. Agora nenhum. Inclusive o repasse foi [...] não tem previsão orçamentaria para saúde dos trabalhadores. Então, provavelmente a gente vai regredir de novo” (Representante da UMREST).

Tirando essa questão do recurso que é, acho que é, função deles lá tentar gerenciar isso, em alguns momentos eu sinto falta do estado se envolver um pouquinho mais. Porque o que que acontece, o CEREST, o serviço regional, nós somos concursados do município e fizemos ações na região. Eu acho que em alguns momentos falta o estado intervir de uma forma um pouco mais direta nos municípios, não deixar pro, por

exemplo, “ah, CEREST vocês têm que ir lá e cobrar do município”. Eu acho que neste momento tá faltando também o estado cobrar do município e não só o CEREST. Tem um peso diferente. É diferente o estado dizer assim [...] Então a gente fez ano passado uma atividade de capacitação em epidemio na 13ª e foi convocado pela 13ª, então veio quase todos os municípios, diferente de quando o CEREST convoca, vem dois ou três. [...]a própria saúde do trabalhador ela tem vários atravessamentos, não sei qual o termo correto, mas assim, tu tá mexendo com o lucro de uma empresa, tu tá mexendo com várias outras questões, por exemplo, em município pequeno, às vezes, acontece de que aquela empresa é o principal empregador do município. Por exemplo, se o município vai fazer alguma ação em relação àquela empresa, e aí como é que fica se fechar? Daí ninguém mais vai ter emprego? Então, tem um peso diferente. Tem municípios que a gente tem dificuldade, tem profissional que diz “olha, eu não vou poder fazer isso, não tem como eu ir lá e, a empresa é do secretário de saúde né, ou a empresa é de um parente do secretário de saúde, ou é do prefeito, do familiar do prefeito”. Então, quando é muito pequeno é complicado, é bem difícil (Representante do CEREST).

Note-se, no entanto, a partir dessa última fala, que o profissional de saúde cobra uma presença maior do estado (aqui se referindo às autoridades governamentais em nível estadual) no próprio controle social, dadas as dificuldades que não raras vezes os profissionais (principalmente em municípios menores) enfrentam para encaminhar questões relacionadas à saúde dos trabalhadores. Como bem indicado pelo profissional, há mesmo uma pressão social nos espaços locais e regionais para certa contemporização das questões relacionadas à saúde/doença no trabalho, pois as ações (mesmo aquelas que apenas visam prevenção) podem (e são) compreendidas/representadas como ações contrárias ao desenvolvimento local/regional.

Por fim, então, os trabalhadores da saúde indicaram algumas dificuldades e alguns desafios para e na construção de políticas de saúde dos trabalhadores na Região 28 de Saúde. Quanto às dificuldades para a estruturação da política de saúde do trabalhador, as profissionais indicaram sentimento de desvalorização, especialmente pelos colegas da rede de saúde. As dificuldades nas relações interpessoais e profissionais entre os serviços UMREST e CEREST foram mencionadas com frequência, conforme a fala: “Uma coisa que eu percebi desde que eu entrei na UMREST é que o CEREST não permitia o crescimento da UMREST [...] por mais que tenham um discurso diferente” (Representante da UMREST). “[...] a saúde do trabalhador não é bem vista, nem mesmo pelos próprios colegas da prefeitura “(Representante da UMREST).

Percebe-se que as dificuldades nas relações acarretam prejuízo para o serviço, pois há falhas na comunicação, inclusive no que se refere as atribuições dos serviços e falta de um trabalho integrado, segundo entrevista: “As notificações do município é o município que tem que fazer, só que quem fazia era o CEREST. Tudo bem, passava um tempo, aí o CEREST faz vigilância no município e não convida a UMREST” (Representante da UMREST).

A insatisfação das representantes das UMRESTs também se dá em relação a Secretaria Municipal de Saúde pelo sentimento de desvalorização, pois estão retirando membros da equipe e a estrutura física, prejudicando a qualidade e a permanência dos atendimentos que vem sendo prestados aos usuários desse serviço. Também a falta de engajamento da CIST e da gestão da política no Estado prejudicam o andamento do serviço. Uma profissional relatou que se sentem sozinha na rede, além do menosprezo, visto como um “*serviço que não trabalha*”; outra relata descontentamento quando encaminha os seus pacientes para o CEREST, principalmente aqueles que precisam de assistência.

Foi destacado também que uma profissional da UMREST fez referência às dificuldades encontradas nas relações com os sindicatos dos trabalhadores, pelo fato de buscarem somente ações assistenciais, emissão de CAT, laudos médicos, receitas de medicamentos, desconsiderando as atividades preventivas. Nota-se, nesse sentido, algo que está presente na própria história das políticas de saúde dos trabalhadores, ou seja, o fato de que se trata de uma “arena de disputas e conflitos por que envolve uma concepção teórica e prática de enfrentamentos da dominação do capital sobre o trabalho” (LACAZ 2013, p. 225).

Por outro lado, as profissionais que atuam nas UMRESTs apontam desafios, destacando, por um lado, a necessidade de ampliar as ações e garantir a eficiências dos serviços, mas, por outro lado, mesmo a garantia do que já foi construído.

A assistência, infelizmente. Porque o que tem acontecido, eu acho que aquilo que a gente sempre luta na ST, o fortalecimento da estrutura, dos 3 braços da assistência, tem que a previdência se juntar, tem que o SUS incorpora a solicitação previdência e dá a contrapartida assistencial né. Porque o que a gente vê é o sucateamento do trabalhador, por exemplo tem uma lesão, ele fica pimplando as vezes 20, 30 dias até achar. Aqui a gente até ta conseguindo dar uma resposta rápida mas quantos trabalhadores ficam no vácuo. [...]. O desafio é só esse, que é trabalhar numa mesma linha. A assistência social, o SUS e o privado. Porque o privado, ele tem que prevê que ele precisa, ele vai pagar a ecografia do trabalhador? Não vai né. Aí manda pro SUS, aí o médico do SUS faz o diagnóstico, aí vai pra previdência, aí o médico da previdência vai fazer a perícia, aí nega, aí volta [...](Representante da UMREST).

[...] eu acho que nesse momento a UMREST ta podendo crescer. Uma coisa que eu percebi desde que eu entrei na UMREST [...] era o quanto o CEREST não permitia o crescimento da UMREST. Então assim, por mais que tenha o discurso de que eles amam esse serviço, de que vieram daqui, que naquela época as coisas funcionavam e que não sei o que, [...]. As coisas não são assim na prática [...]. (Representante da UMREST).

Note-se, nessa última manifestação, que as dificuldades existentes nos relacionamentos entre diferentes profissionais e diferentes espaços diretamente vinculado com as políticas de saúde dos trabalhadores colocam-se, também, como desafios que precisam ser superados para

que essas políticas consigam maior efetividade.

Os representantes do CEREST também pontuaram alguns desafios para a saúde do trabalhador e para a estruturação de uma política regional de saúde do trabalhador. Todos os profissionais de saúde entrevistados neste serviço afirmaram que se sentem discriminados, até mesmo desvalorizados, conforme relata a entrevistada:

[...] já naquela época, quando tudo começou já havia o sentimento de que a saúde do trabalhador nunca foi uma política de saúde bem aceita e frequentemente são lembrados como um serviço que atrapalha o desenvolvimento, que é contra as empresas, levando os profissionais a um desgaste permanente, pois precisam estar sempre prontos para se defender (Representante do CEREST).

No entendimento dos profissionais do CEREST, para que esses tensionamentos não ocorram de forma direta entre o profissional técnico e o gestor e para que o desgaste não seja ainda maior é fundamental a presença dos movimentos sociais (em especial, do movimento sindical), do Conselho Municipal de Saúde, da CIST. Entendem que um serviço sem controle social acaba sendo “podado” de várias maneiras, prejudicando o desenvolvimento de ações mais ousadas e efetivas.

Os profissionais do CEREST destacam que os gestores e a maioria dos profissionais que atuam na rede básica de saúde não valorizam as atividades preventivas realizadas pelo CEREST nos municípios da região estudada. Também são criticados por não atenderem a demanda espontânea e, segunda uma das entrevistadas, frequentemente ouvem frases discriminatórias: “Fazer promoção de saúde e prevenção é muito bonito nos livros [...] não atendem os pacientes, qual a razão desse serviço” (Representante do CEREST).

Nesse sentido, os profissionais do CEREST entendem que o seu trabalho, principalmente preventivo, não tem o devido reconhecimento e importância para muitos profissionais de saúde, que atuam prioritariamente em ações de enfoque curativo. Essa forma promotora e preventiva de fazer saúde não possui a mesma importância política para os municípios e serviços, pois estas não são notificadas como ações de assistência e, conseqüentemente, não são visíveis nos registros das ações de saúde desenvolvidas, conforme a entrevistada menciona: “Qual a relevância política dizer ter feitos tantas ações como promoção da saúde, trabalho preventivo em grupos, palestras. O que importa são as cirurgias, as consultas médicas, as vacinas, os remédios, essa visão muito centralizada na doença” (Representante do CEREST).

Conforme as entrevistas, os profissionais do CEREST acreditam que os serviços públicos especializados em saúde do trabalhador (CEREST e UMREST) ainda não foram extintos devido a questões políticas e por isso ainda permanecem. Conforme relato: “[...] nenhum gestor quer ter a sua história política marcada pelo encerramento de um serviço de saúde” (Representante do CEREST).

Destacaram que há outras formas de “fechar um serviço”; um exemplo atual são as UMREST de Santa Cruz do Sul e Rio Pardo, que perderam a maioria dos profissionais que compunham a equipe, além de terem sido transferidos para uma pequena sala, sem espaço físico para realizar um atendimento adequado aos seus pacientes: “Atualmente, no próprio Estado está sendo questionada a necessidade dos CEREST e como parte do recurso financeiro para manter o serviço é do Estado, eles não estão repassando a verba” (Representante do CEREST).

Esta situação acaba sobrecarregando as despesas do município sede por ser responsável pelos profissionais concursados e, mesmo sem os recursos do Estado, não podem deixar de pagar os salários dos servidores. No período em que foi realizada a coleta dos dados (2016-2017), o CEREST/Vales vivenciava a falta de recursos financeiros pelo governo do Estado, tanto para o pagamento dos salários dos profissionais como para o desenvolvimento das ações de saúde. Assim como nas UMREST, estavam ocorrendo transferências de profissionais de saúde da equipe para outros serviços da atenção básica em saúde, conforme relata a entrevistada:

O gestor de saúde justifica a necessidade de trocar os profissionais, alegando maior necessidade de profissionais em outro local. Apesar da crise econômica vivida no país, sabe-se que impedir o desenvolvimento das ações de saúde é uma forma de fragilizar a importância do serviço (Representante do CEREST).

Outro aspecto mencionado nas entrevistas é que, além do controle social estar enfraquecido, o Conselho Estadual de Saúde - que é uma instância importante no SUS, participa da construção de política em saúde, de fiscalização do financiamento - também enfraqueceu suas ações nos últimos anos. Da mesma forma em relação aos parceiros externos, a saúde não se faz sozinha, é preciso o apoio da agricultura, da educação, da universidade e da segurança pública, entre outros. Por fim, uma das entrevistas do CEREST destaca a seguinte frase: “É preciso que a Saúde do Trabalhador seja vista e, talvez, os momentos de crise podem trazer à tona mudanças. Às vezes é preciso o caos para se reorganizar” (Representante do CEREST).

A construção da política regional de saúde do trabalhador apresenta conflitos e desafios para a efetiva participação das diferentes instituições envolvidas com a ST, o que necessita a atenção dos atores envolvidos com este campo de atuação na região estudada.

Portanto, a construção das políticas de saúde dos trabalhadores na Região 28 de Saúde, na perspectiva das representantes dos trabalhadores da saúde, é expressão de um processo histórico marcado por uma participação (militante) de algumas profissionais, mas, também, de algumas instituições, dentre as quais se destacam meios universitários e meios sindicais. A participação do movimento sindical no processo, no entanto, não é visto apenas em seus aspectos positivos, pois, como indicado, é nesse espaço que são percebidas determinadas contradições, vinculadas essas, inclusive, com as diferentes concepções de saúde dos trabalhadores que estão em disputas nessas dinâmicas históricas.

4.4 A construção da política regional de saúde dos trabalhadores na perspectiva dos trabalhadores e dos empresários

Esta seção do quarto capítulo apresenta dados que permitem contextualizar as ações, as interações dos sujeitos e a importância da participação social nas ações de Saúde do Trabalhador na Região 28 de Saúde. Para conhecer os posicionamentos dos representantes desses espaços sociopolíticos na compreensão do processo histórico de construção de uma política regional da saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras optou-se por entrevistar representantes do movimento sindical (foram entrevistados representantes dos sindicatos dos comerciários, da indústria da alimentação e fumo, dos metalúrgicos e dos bancários), além de representantes de entidades vinculadas aos interesses coletivos do empresariado na região de estudo (CACIVA – Câmara de Comércio, Indústria e Serviço de Venâncio Aires; CDL – Câmara de Dirigentes Lojistas de Santa Cruz do Sul; SINDITABACO – Sindicato das Indústrias de Tabaco). Ao total, foram realizadas sete entrevistas, sendo quatro com representantes dos trabalhadores e três com representantes do empresariado.

O roteiro de entrevistas adotado, como indicado anteriormente, contemplou os seguintes eixos temáticos: 1. Percepções sobre as mudanças no mundo do trabalho e suas repercussões sobre a saúde do trabalhador; 2. Percepções sobre o trabalho nas empresas e a relação com a saúde; 3. Percepções sobre a relação entre o trabalhador e sua saúde; 4. Indicação das políticas adotadas pelas empresas em relação à saúde dos trabalhadores; 5. Concepções sobre política pública da saúde do trabalhador; 6. Avaliação da atuação do Estado no campo da saúde do

trabalhador na região e os desafios colocados atualmente para a saúde do trabalhador.

A análise apresentada, então, segue esse roteiro, contemplando, primeiro, as manifestações dos representantes dos trabalhadores e depois os representantes dos empresários para, ao final, indicar algumas questões que permitem melhor compreender tanto a participação quanto as visões que norteiam a participação desses sujeitos coletivos na construção de políticas públicas de saúde dos trabalhadores.

4.4.1 A Saúde dos Trabalhadores na perspectiva do movimento sindical

Já indicado anteriormente, na história de construção da política de saúde do trabalhador na Região 28 de Saúde, o movimento sindical ocupa um espaço político importante. Participou do processo inicial que impulsionou a discussão e a implementação de políticas na região e participa efetivamente em instâncias de discussão, tais como os Conselhos Municipais de Saúde e a Comissão Intersetorial de Saúde dos Trabalhadores. Além disso, é uma importante fonte de informações sobre agravos/discussões/ações relacionados à saúde, na medida em que acompanha o que ocorre com a saúde dos trabalhadores no âmbito dos locais de trabalho.

Os representantes sindicais que participaram desse estudo foram selecionados em função da sua representatividade na região. Embora os sindicatos selecionados tenham suas sedes em Santa Cruz do Sul, a abrangência de suas atuações é regional.

A primeira questão que foi colocada aos representantes do movimento sindical nas entrevistas realizadas foi, então, sobre as mudanças no mundo do trabalho e suas repercussões sobre a saúde dos trabalhadores. As respostas a essa questão indicaram singularidades que estão presentes nos diferentes setores da economia, mas, também, determinados padrões de mudanças e de repercussões sobre a saúde dos trabalhadores.

A análise sobre as mudanças que ocorreram em seus setores de atividades indica dinâmicas de reestruturação produtiva decorrentes não somente de inovações tecnológicas e organizacionais, mas, também, do processo de mundialização do capital e das políticas econômicas adotadas no País. Vale, nesse sentido, o registro das manifestações dos representantes sindicais:

Sim, eu acho que sim, na década de 90 ali, com a reestruturação produtiva [...]. Junto com a tecnologia vieram nova forma de organização do trabalho né, que antes dos anos 90 o trabalho era bem disseminado né, cada função de cada trabalhador era especificada. Ai nos anos 90, eu senti isso na pele [...] começaram a implementar as tecnologias nas agências bancárias. Em 95, houve uma redução drástica na nossa categoria em função da implementação de novas tecnologias, então as máquinas

foram tirando lugares das pessoas [...].

Aí, assim a categoria diminuiu, pela metade, dá pra se dizer que nossa categoria tá em processo de extinção, cada vez tão inovando mais as agências, agora pra ter uma máquina, máquina de autoatendimento que tu paga a conta, coloca a nota e ele te dá o troco. [...] e o número de bancários cada vez diminuindo mais. Aí porque que os problemas de ordem psicológica se sobressaíram às LER/DORT, muitos trabalhadores adoecidos tiveram que se afastar do trabalho, quando retornaram ao trabalho, acabou a estabilidade, foram demitidos, muitos já acabaram pedindo demissão, muitos bancários pediram demissão, foram trabalhar em outra coisa. E aí com o passar do tempo, o que que aconteceu, houve muita fusão dos bancos né [...] e foi diminuindo as agências bancárias, foram diminuindo os bancários, e a competitividade entre os bancos aumentou, porque o que que diferencia, em tempos de inflação alta, que que diferencia um trabalho de um banco de outro, o jeito que tu vai vender né, o que que um banco tem melhor que o outro. Então implementaram a tal das metas, [...] os bancos privados quem não cumprir as metas é demitido, isso é visível assim, a desculpa que eles têm pra demitirem é não atingir as metas, troca por outro. Os bancos públicos a cobrança também das metas tá bem complicado [...] e a gente fez uma pesquisa em 5 categorias, os bancários, a maioria, eles tomam remédio pra acordar, pra trabalhar e pra chegar em casa e conseguir dormir. E assim né, pessoas, hoje assim que eu atendo que um acaba se afastando do trabalho, um só pegam atestado 15 dias, acho que 90% é problema de estresse, depressão, pessoas assim que estão esgotadas, a tão chamada Síndrome de Burnout, é o que mais tem nos bancários, chegam aqui nos meus arquivos é só pastinha de CAT e as fichas de atendimento dos bancários (Representante do Sindicato dos Bancários).

[...] hoje muito se fala em modernidade, principalmente no Brasil, mas a modernidades que tentam copiar são as modernidades de cada vez mais pressão em cima dos trabalhadores, entendeu? Então a modernidade, em termos também de condições, salário, local de trabalho isso não se fala. Então hoje o que eu vejo[...]ambiente de trabalho é cada dia mais precários as condições né, de ambiente de trabalho. O que é um grande problema se nós levar em consideração a saúde né. Nós hoje gastamos tanto em saúde curativa né, que poderia sem poupado se nos atacássemos a origem. E a origem é onde você mora, onde você trabalha...e muito onde você trabalha. Um terço, no mínimo da sua vida você está no local de trabalho entendeu. E hoje nós temos isso no comercio local, onde as pessoas, onde as empresas vende...eu tenho dito, isso deveria partir por parte dos empresários essa luta, e nós temos empenhado essa luta em conseguir um ambiente mais favorável, temperatura, ventilação...e isso infelizmente hoje o poder público não tem quase regramento, a legislação é muito precária, bem ultrapassada em relação ao que hoje se exige, pelo que se chama a modernidade né, entre aspas. Se exige tanto dos trabalhadores, mas ao mesmo tempo não se avança em relação a essa questão, o local. (Representante dos Sindicatos).

Na perspectiva dos representantes sindicais, observa-se uma diminuição dos trabalhadores, em todos os setores econômicos, ao mesmo tempo em que aumentou a pressão por produtividade, idealizado pela estratégia gerencial de “fazer mais com menos”. Esta situação pode ser exemplificada com o setor bancário, que desde a década de 1990 vem apresentando mudanças no processo produtivo, causando muitas demissões e sobrecarga para os que permanecem neste setor. Além do processo de automação e informatização das agências bancárias, novas estratégias de gestão e organização foram sendo instituídas. Diante de um mercado altamente competitivo em âmbito internacional, os bancos necessitam de funcionários qualificados e habilitados para criarem estratégias que os levem a atingir as metas de trabalho

impostas pela empresa. Esse contexto de trabalho gera maior desgaste físico e psíquico dos trabalhadores.

Aliás, em se tratando de setor bancário, são muitas as pesquisas que, já há tempo, enfatizam o quanto o trabalho pode estar vinculado a situações de adoecimento. Uma pesquisa realizada em três agências de bancos públicos localizados no Distrito Federal, por exemplo, buscou investigar as “estratégias defensivas e de mobilização subjetiva de enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho bancário”, concluindo que “para enfrentar tal sofrimento são utilizadas defesas de negação e controle por meio de mecanismos de racionalização”. Essas defesas buscam proteger o ego e evitar o adoecimento, apesar dos trabalhadores enfatizarem o sofrimento decorrente somente da LER/DORT e com as crises nervosas, o que indica adoecimento por não conseguirem enfrentar o sofrimento (MENDES; COSTA; BARROS, 2003, p. 38). Outro estudo afirma que o sofrimento humano nas organizações pode estar relacionado a situações adversas vivenciadas no trabalho, causando estresse e falta de motivação do trabalhador em seu ambiente laboral. Assim, o desencadeamento de danos psicológicos como estresse, depressão e suicídio é cada vez mais comum, afetando subjetivamente os indivíduos e a coletividade (SILVA; SILVA; NELSON, 2015).

Quanto aos agravos relacionados ao trabalho que são identificados nos sindicatos, os comerciários fazem nexos causais com as patologias circulatórias (“varizes”) e osteomusculares (“dores na coluna”). Os bancários sofrem com as LER/DORT e com o sofrimento psíquico. Na década de 1990, aliás, a LER/DORT foi considerada uma epidemia nessa categoria de trabalhadores, sendo aproximadamente 90% dos casos e os outros 10% com doenças psicológicas. Como indicado pelo representante do sindicato dos bancários, anteriormente indicada, as consequências dessas patologias são incalculáveis, alguns não aceitam a doença e não entendem por que alguns não adoecem.

O setor bancário é considerado uma das categorias profissionais que mais adoecem física e mentalmente os trabalhadores no Brasil. Por estarem na ponta do sistema financeiro e terem como objetivo o desempenho voltado para o lucro, a cobrança está permanentemente presente. Esses trabalhadores estão expostos a uma rotina repetitiva e mecanizada, a jornadas prolongadas, a pressão pelo cumprimento de metas, entre outras características que favorecem o aparecimento de distúrbios psicológicos como o estresse, por vezes acompanhado pela Síndrome de Burnout (RODRIGUES; MOLLICA, 2016).

A segunda questão analisada pelos trabalhadores foi sobre a relação entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores. Nessa direção, todos os representantes identificaram situações de

adoecimento que os trabalhadores que representam enfrentam em seus locais de trabalho. Na mesma direção, as falas dos representantes sindicais apontam singularidades presentes nos setores de atividade, mas, também, determinados padrões de adoecimento presentes na atualidade.

[...]. Com isso as pessoas foram acumulando funções e adoecendo [...] Então a década de 90 foi considerada a epidemia da LER/DORT, era assim bancários que não se vencia atender, eu não tava no sindicato na época, mas não se vencia atender. Tantos trabalhadores e trabalhadoras com LER/DORT, não tínhamos na época nem UMREST, nem CEREST no município, não tínhamos políticas públicas [...]. Então foi assim, essas mudanças no processo produtivo, foi que mais desencadeou. Hoje temos mais bancários adoecendo de ordem psicológica do que por LER/DORT, mas na década de 90 foi assim, era 90% dos bancários procurava o sindicato com LER/DORT, e 10% de ordem psicológica, da pressão, e hoje já inverteu, eu acho que isso a gente entra depois né? Porque aí o que aconteceu na época, então foi implementado as novas tecnologias, computadores, os bancos estruturaram os auto atendimento que não tinha, e aí o acúmulo de serviço, aí tudo era digitalizado, o que antes tu atendia o público, fazia o preenchimento da abertura de conta à mão, era tudo então no computador. Então, as pessoas digitavam, digitavam, o tempo todo, e não estavam acostumados aquilo [...]. (Representante dos Sindicatos).

Sim, isso. Por exemplo, afeta muitas doenças ocupacionais tem acontecido, ao mesmo tempo o governo restringindo mais o acesso quando as pessoas mais precisam. Então nós temos hoje grande número de pessoas doentes, desprovidas de qualquer garantia do setor público, o atendimento nem se fala, é precário. Mas muito mais a questão da sobrevivência, as pessoas acabam se submetendo as formas mais degradantes né, pra poder sobreviver né, dentro das famílias [...]. (Representante dos Sindicatos).

Um representante sindical, no entanto, indica que é possível observar melhoras nos últimos tempos, decorrentes de um maior controle social dentro das empresas, mas, também, das próprias políticas de saúde dos trabalhadores.

É, nós podemos dizer que, nesses últimos anos agora, deu uma melhorada, não vou dizer que piorou, porque o ambiente de trabalho, através das CIPA. Eu estou falando no setor dos metalúrgicos, é o que eu posso falar. Porque em regra geral é meio difícil, porque tem empresas aí de outras atividades que é outra área, que a gente não domina bem, e que a gente sabe que tem problemas muito graves. Mas na área da metalurgia, nós podemos dizer que a gente vem fazendo um bom acompanhamento com os cipeiros, o sindicato mesmo tá promovendo agora um encontro, o primeiro encontro de cipeiros de toda nossa região, digo região aqui onde nós atuamos. Então, nós vamos pegar Vera Cruz, Candelária, Rio Pardo, Pantano Grande e mais Santa Cruz, e nós vamos fazer no nosso auditório com a presença do Ministério Público do Trabalho, do Ministério do Trabalho, também a nossa federação e alguns técnicos de segurança pra nós conversar sobre o que é ser cipeiro. Hoje, isso acontece, em regra geral, as pessoas quando vão concorrer a CIPA eles já oferecem churrasco, isso e aquilo, porque dá uma estabilidade no emprego, e aí eles não sabem que eles são corresponsáveis pelos acidentes de trabalho, as coisas que ocorrem dentro da empresa. Então, nós precisamos fazer com que o cipeiro faça a atuação dele, porque não é pra fiscalizar a empresa não, é pra melhorar o ambiente de trabalho. Então, essa é a legítima função da CIPA, e os sindicatos que não trabalharam nessa linha, eles não estão corretos, porque hoje, era um de nós que tava trabalhando, amanhã são os nossos filhos. Então, nós devemos melhorar. Então, com o excesso de produção, as NRs vem apertando muito as empresas, e fazendo com que o ambiente de trabalho tenha mais proteção. [...]a fiscalização que nem nós fizemos, como nosso sindicato é bastante atuante nessa área, até porque eu participo do CMS, antes de ser conselho [...]. Então como a gente

tem essa possibilidade do conselho entrar dentro dos ambientes de trabalho também, porque é por força de lei, nós temos desde 88, o conselho é representativo, e ele é deliberativo, então, nós podemos fazer essa fiscalização. Então, aonde há denúncia é mais fácil de nós conseguir por causa do nosso trabalho que a gente vem desenvolvendo. Então, melhorou bastante porque há um entendimento e a gente tá conseguindo dialogar bastante com as empresas em relação a saúde. Então, nós temos cláusulas no nosso acordo coletivo, em relação à saúde, nós temos espaço de uma vez por mês poder ir dentro das empresas e fazer o debate com os trabalhadores. Então, tudo isso tá ajudando na mutilação que era antes (Representante dos Sindicatos).

O modo como a saúde dos trabalhadores é considerada nos locais de trabalho, nesse sentido, é objeto de algumas discordâncias entre os representantes sindicais, pois, enquanto alguns apontam dificuldades de abordagem, outros indicam ações que são realizadas, inclusive com a participação das empresas.

Isso coloca em questão a própria percepção dos representantes sindicais quanto ao comprometimento das empresas com a saúde dos trabalhadores. Nesse sentido, as manifestações deixam claro que, embora seja possível identificar ações dentro das empresas, de modo geral encontra-se resistência nas discussões sobre melhoria de condições de saúde nos locais de trabalho.

Eu acho assim, que na verdade os banqueiros quando adotam alguma coisa, nunca pensando no trabalhador, não consegue visualizar sabe, nós temos na nossa base 23 municípios, em torno de quase 1000 bancários nós temos na nossa base. E a gente consegue ver assim que quando se implementa alguma coisa, nunca pensando na saúde, mas sim no retorno que aquilo foi implementado vai dar pro banco sabe, então tudo funciona em função do lucro, o bancário no momento que adoecer, tu não serve mais, tchau, tem outro que entra pro teu lugar sabe. Então, acho que não tem essa preocupação com a pessoa (Representante dos Sindicatos).

Eles não [...] pensam que tá tudo bem. Que nem a nossa negociação coletiva, ontem, dia 9, a gente vai entregar a minuta de reivindicações, aí nós temos assim umas 20 cláusulas falando de saúde, aí chega na mesa de negociação, eles dizem que as metas não são abusivas [...], que são metas normais que qualquer um pode cumprir, que eles não acham que as pessoas tão adoecendo, eles não conseguem reconhecer nada. Então, o que consegui ano passado colocar uma comissão paritária de saúde e segurança, isso eles aceitaram. Uma comissão paritária que reúne, propõem, que levam as denúncias, [...] comissão tem funcionado. (Representante dos Sindicatos).

É, agora tá acontecendo isso, daí você vê, diminuiu muitos os clientes né, as vendas. Obviamente diminui um pouquinho mais os clientes não diminui. Então se o cliente não diminuiu, o atendimento não poderia diminuir os trabalhadores, porque o atendimento continua igual. Então, o que acontece, eles tão enxugando, eles tão cortando, em todos os setores, [...]. Então as empresas fazem tudo quanto é tipo de participação dos resultados, que nada mais é do que explorar mais ainda, ou seja, se alguém ficar doente desconta ponto, se uma mulher fica grávida desconta ponto, mas o que é isso? (Representante dos Sindicatos)

O que nós enxergamos é o seguinte: se as empresas precisarem investir dinheiro mais pesado, eles não o fazem, não tem interesse em fazer. Porque é mais fácil substituir um trabalhador, não o trabalhador qualificado, porque o trabalhador qualificado esse mesmo eles não trocam, eles mantem o quadro porque eles precisam daquelas pessoas, mas as pessoas com menos qualificação, então essas pessoas chegam a um certo ponto

eles têm que trocar, porque já não tá produzindo, já tem outros investimentos. (Representante dos Sindicatos).

Num contexto em que se enfrentam dificuldades na discussão sobre saúde dos trabalhadores, as lideranças sindicais percebem que as situações de adoecimento nem sempre são conhecidas, pois, como indicada o representante do Sindicato dos Bancários, há uma invisibilidade das doenças relacionadas ao trabalho, não raras vezes motivada pelo medo dos trabalhadores em relação às consequências vinculadas ao assumir a doença e ao buscar tratamento para as mesmas.

E aí, então, o assédio moral, o afastamento dos bancários muito por depressão, Síndrome de Burnout né, então muito assim. A gente atende vários. Então tem assim, a invisibilidade assim né, que as pessoas não falam por medo, nós temos esse problema nos bancos privados, que a gente fica sabendo por outros, aí tenta chegar, vai até a agência, tenta conversar, mas as pessoas às vezes não querem falar, mas a gente sabe assim que ele tá tomando remédio como eu te falei, pra acordar, pra dormir e pra trabalhar, e tá em esgotamento assim em nível elevado e não quer se afastar do trabalho, as pessoas resistem, porque sabe que no momento que se afastar, o atestado vai pro RH, que daí o banco vai tomar conhecimento da situação e quando voltar vai ser demitido né, então as pessoas resistem muito pra trabalhar doente, até não aguentar mais. Por isso assim, que muitas vezes a gente acaba sabendo do problema quando são demitidos, aí eles vêm pro sindicato né. Aí processa, tenta reintegrar. (Representante dos Sindicatos)

Outro aspecto destacado pelos representantes dos sindicatos diz respeito à relação dos sindicatos com os serviços especializados em saúde do trabalhador (CEREST E UMREST, por exemplo). Todos os representantes sindicais reconheceram a importância desses espaços, inclusive indicando a participação que tiveram e têm em sua construção.

Na época ali, depois de 96, que foi implementada uma comissão de saúde do trabalhador, não é a CIST, uns sindicatos assim na época, “vamos fazer uma comissão, vamos começar a pensar na saúde dos trabalhadores de todas as categorias” [...].E aí então se começou a pensar no tal da política de saúde do trabalhador ser implementada realmente no município, aí já tinha a legislação, aí foi na época entrou o governo Olívio, tinha dinheiro pros municípios, tava na hora de implementar. [...] Aí reuniu então o movimento sindical, universidade, pra montar todo o projeto de criação. [...] O movimento sindical participou do processo de seleção dos profissionais, [...]então era assim duas pessoas do movimento sindical e duas professoras da UNISC que selecionavam os profissionais sabe. Um pra ter a visão do trabalhador, e outro pra ter o conhecimento técnico [...]. E daí começou a unidade, nunca tinha se ouvido falar em política de saúde do trabalhador, que que é isso e coisa e tal. E aí foi implementado né [...] (Representante dos Sindicatos).

Mencionaram que no passado o serviço especializado foi importante até mesmo para o próprio reconhecimento das doenças relacionadas ao trabalho, como por exemplo a LER/DORT. Durante as entrevistas recordaram da época em que houve uma “epidemia” de

LER/DORT entre os bancários e ainda não existia um serviço especializado em saúde do trabalhador. Naquele período, os trabalhadores buscavam o sindicato para a realização de consultas médicas, referindo um quadro de dor insuportável e, muitas vezes, os profissionais médicos apresentavam dificuldades em realizar o diagnóstico, sendo a LER/DORT considerada uma “doença nova” na região. Outros destacaram a importância dos serviços especializados para a realização das vigilâncias nos ambientes de trabalho, apesar de não terem o poder de autuação, o que resulta na baixa efetividade dessas ações:

Nós acionamos a UMREST para ir na empresa para constatar as irregularidades [...] eles fazem as visitas, fazem laudos com relatórios bem feitos, e daí? Não podem fazer mais nada, não podem aplicar multa, tem que ter uma legislação municipal para dar esse poder a eles (Representante dos Sindicatos).

Os representantes sindicais entendem que é preciso uma legislação municipal que empodere esses serviços para fiscalizar e autuar, se necessário. Mencionaram que esta solicitação é realizada a cada troca de governo, mas ainda não conseguiram avançar. Por outro lado, os representantes sindicais mencionaram que, atualmente, os seus filiados não buscam atendimento na UMREST, suprindo suas necessidades de saúde na rede básica. A justificativa dessa falta de adesão ao serviço é mencionada na seguinte fala: “[...] a UMREST passou por um processo de desgaste ao longo dos anos sabe, mais pela mudança de governo, de secretários de saúde, um gestor acha que o serviço é importante, outro não” (Representante dos Sindicatos).

No que se refere à busca por atendimento na rede básica de saúde, os profissionais de saúde devem estar preparados para identificar e relacionar as doenças e queixas dos pacientes com o trabalho, mas, na visão dos representantes sindicais, na prática isso não se efetiva; muitos trabalhadores procuram auxílio nos sindicatos referindo que os atendimentos na rede básica, nas perícias médicas, principalmente os relacionados ao sofrimento psíquico, usualmente não são considerados com relação ao trabalho, conforme a fala:

[...] são pessoas que repetidamente estão lá na UBS buscando medicamentos, mas ninguém trabalha a causa, né [...] relato o caso de uma funcionária que atendemos na semana passada que foi demitida após 25 anos de trabalho na mesma empresa por que estava doente, com diagnóstico de depressão e teve a perícia negada. O perito concluiu que a doença da funcionária não estava relacionada ao trabalho, atribuindo aos problemas familiares como causa do sofrimento porque a sogra está com um problema grave de saúde e o marido é alcoólatra (Representante dos Sindicatos).

A importância de qualificar o profissional médico para identificar a relação trabalho e saúde foi mencionada pelos representantes dos sindicatos entrevistados. Os médicos devem conhecer na graduação as doenças relacionadas ao trabalho para que os diagnósticos sejam

realizados de forma adequada, levando em consideração o cotidiano do paciente. Os próprios representantes sindicais corroboram essa visão, na medida em que creditam na formação universitária uma atuação qualificada na área: “Nós fizemos no ano passado uma formação sobre saúde do trabalhador, a partir do fórum regional e teve a participação de alunos da medicina, da enfermagem, serviço social e psicologia da UNISC” (Representante dos Sindicatos).

A limitada participação do controle social no SUS também contribuiu para a desvalorização da saúde do trabalhador na região estudada. Todos os participantes desse estudo, ligados ao movimento sindical, destacaram a necessidade de maior atuação junto ao CMS e a CIST que, no momento da pesquisa, estava bastante enfraquecida. As reuniões não ocorriam com frequência e muitos membros da CIST faltavam aos encontros, conforme a afirmação na fala: “Hoje não há um controle social. Precisamos participar mais” (Representante do Sindicato).

Historicamente se sabe que o fortalecimento da saúde do trabalhador se dá especialmente através dos sindicatos e das centrais sindicais, garantindo seu espaço também nas esferas instituídas do controle social do SUS. As políticas de saúde do trabalhador surgiram para garantir o direito da participação na elaboração das ações sanitárias voltadas aos trabalhadores, “o qual influencia significativamente o movimento sindical no Brasil e seu engajamento na luta pela reforma sanitária e pela formulação de uma política pública de saúde para os trabalhadores” (HOEFEL; SEVERO, 2011, p. 122). A consolidação da participação social em saúde do trabalhador exige estratégias que fortaleçam as esferas de controle social do SUS. No século XXI as formas de participação social se efetivam por meio dos “sindicatos, centrais sindicais, nos conselhos e conferências de saúde, nas CIST, bem como nas articulações e Redes Sociais” (HOEFEL; SEVERO, 2011, p. 135).

Por outro lado, todos os sindicatos que participaram desse estudo referiram desenvolver inúmeras ações de saúde, ainda que sejam desenvolvidas de forma isolada. Em 2013 ocorreu um “Seminário Regional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora” e teve a participação dos sindicalistas, dos profissionais dos serviços de saúde pública e privada, pesquisadores, acadêmicos e comunidade no geral. Nesse encontro foram discutidas as realidades vivenciadas pelos sindicatos sobre agravos relacionados ao trabalho, os motivos dos afastamentos, assédio moral e sofrimento psíquico. A partir desse seminário surgiu o “Fórum Intersindical Regional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora” para elaborar ações permanentes de políticas de saúde do trabalhador, qualificar o controle social, participar de grupos de estudos e incentivar pesquisas acadêmicas. Em 2014 houve a “Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da

Trabalhadora”, onde todos participaram. Também destacam manifestações coletivas, buscando reivindicações por meio de uma comissão paritária de saúde e segurança composta por representantes dos bancos e dos trabalhadores. As reivindicações estão relacionadas às metas de trabalho, ao assédio moral e as consequências para a saúde.

Outra ação a ser destacada é o trabalho dos sindicatos dos metalúrgicos com as empresas. Como foi referido anteriormente, durante o período de coleta dos dados o sindicato dos metalúrgicos organizava um encontro regional com os cipeiros, Ministério Público do Trabalho, Ministério do Trabalho e alguns técnicos de segurança do trabalho para discutir sobre o que é ser cipeiro. Destacaram que a função da CIPA é melhorar os ambientes de trabalho, não é fiscalizar, e que o caminho é dialogar com as empresas em relação a saúde dos trabalhadores. Também mencionaram desenvolver ações relacionadas aos empregos temporários; muitas empresas contratavam os trabalhadores por períodos de um a três meses para não efetivar o trabalhador, o que acabava trazendo muito desemprego. No município de Santa Cruz do Sul as empresas metalúrgicas e de fumo trabalham com contratos temporários e, nesse sentido, o sindicato propôs às empresas desses ramos produtivos que fizessem os contratos temporários por seis ou quatro meses, permitindo que os trabalhadores tenham oportunidade de trabalho por mais tempo durante o ano. Com esse acordo tiveram menos desemprego e acidentes de trabalho, pois os trabalhadores estão mais capacitados para a função, conforme a fala: “Então quando um pai de família entra lá, ele fica seis meses trabalhando e sendo treinado e, quando estas pessoas saem dali, vão trabalhar na fumageira. Então há um vínculo entre o setor fumageiro e setor da metalurgia” (Representante dos Sindicatos).

Pode-se perceber que as questões relacionadas aos acidentes de trabalho não são atribuídas às máquinas e equipamentos precários, mas às ineficientes capacitações oferecidas pelas empresas, o que leva a reflexões sobre a efetividade dos serviços de saúde ocupacional dentro das empresas. Existem inúmeros fatores que podem estar relacionados aos acidentes de trabalho, dentre eles os precários programas de prevenção (por não estarem de acordo com os reais riscos da empresa) e a tentativa de controlar o risco somente com o uso de EPI, além da tendência conservadora de culpar o trabalhador pelo acidente decorrente do comportamento inadequado em relação ao uso dos equipamentos (LARA, 2016, p. 348). Nas empresas em que os programas de segurança e saúde no trabalho são desenvolvidos somente com o intuito de cumprir a exigências legais tendem a não ser efetivos, pois os programas não são alinhados ao processo produtivo e não visam melhorias constantes nas condições e procedimentos de trabalho, nem mesmo investem em capacitações adequadas de educação dos trabalhadores e de

seus gerentes (OLIVEIRA, 2003).

É importante destacar que os representantes do movimento sindical demonstram preocupações quanto à participação dos governos na implementação das políticas públicas de saúde dos trabalhadores. Um representante sindical, inclusive, fez referência aos cortes nos gastos públicos que, no momento da pesquisa, estavam já sendo executados pelo governo nacional. Além da sustentação financeiras das políticas, nas falas dos representantes sindicais apareceram preocupações quanto ao controle social, em especial no que diz respeito à participação local e regional nesse processo.

Bom, aqui é que nós temos um grande problema, as políticas públicas em saúde do trabalhador, ela tá inclusive ameaçada, o próprio governo do estado e o governo federal. O governo federal já anunciou que ano que vem vai fazer um corte de 20% na área da saúde, então 20% na área da saúde é muita coisa. E se nós considerarmos, por exemplo, o que vem de repasse do governo do estado é mínimo, porque o governo do estado tá deixando, nós temos hoje em torno de, se não me falha a memória, 14 meses de repasse, o CEREST pra poder trabalhar tem fôlego pra um mês, e aí ele vai ter que fechar, ele não vai ter jeito. Então, se o governo do estado repassasse o que tinha que repassar, certamente nós teríamos como avançar nisso aqui, então nós estamos apavorados, porque quanto tudo que se repassa de verbas, elas tão sendo incluídas e já eram poucas, então não há um compromisso em saúde do trabalhador como uma política do governo que fosse determinada [...] Então, nós estamos à beira de um colapso na área da saúde, então se os governantes tivessem um compromisso social e cumprisse isso a não ser na época de campanha [...] (Representante dos Sindicatos).

[...] nós estamos fazendo hoje uma discussão em nível de estado, [...] nós tínhamos os conselhos regionais de saúde, hoje destituíram os conselhos regionais e nós entendemos, não só nós aqui, muitos gestores entendem que no momento que uma política ela está regionalizada, no momento que você tira os regionais que eram pra discussão das políticas de saúde na saúde região, isso cai por terra, então o controle social foi se perdendo, hoje não há um controle social. Por exemplo, o conselho regional aqui vinha os municípios, traziam as demandas prá cá e nós levávamos para o conselho estadual. Então nos tiraram através de uma resolução o poder deliberativo, e quando você não tem o poder deliberativo, porque que você vai criar mais um fórum que não deliberativo. Então o que que nós estamos buscando hoje através do Ministério Público do estado de resgatar isso, dos conselhos regionais eles voltem a ter a sua atividade normal, porque é do âmbito das suas regiões que você discute e leva ao maior que é o conselho estadual de saúde. Não tá acontecendo, o conselho estadual de saúde tá completamente [...] perdeu totalmente a paridade, no momento que você tira 5 dos regionais, já perdeu a paridade em várias outras circunstâncias que já não são mais usuários, já são de outros segmentos, então a gente tá discutindo isso, como é que a gente vai recompor o conselho estadual. [...] precisa voltar os regionais, que acabou se perdendo o foco da discussão da saúde no âmbito regional, mas há resistência, porque se criou mais fórum de gestores do que de usuários, hoje tá assim, é CIB, é isso, é CIR, e não há mais participação do usuário no controle social, isso foi uma forma de dismantelar esse serviço, e a gente tem vários gestores que defendem que realmente precisa fazer essa reestruturação (Representante dos Sindicatos).

Essas duas últimas manifestações têm grande importância, pois indicam que, no momento em que a pesquisa de campo foi realizada, direções dadas pelos governos às políticas sociais colocavam em risco a própria continuidade das políticas de saúde dos trabalhadores. Por um lado, os cortes nos gastos públicos, comprometendo serviços já existentes e criando dúvidas

quanto à própria continuidade dos mesmos. Por outro lado, a relativização (e, mesmo, destruição) de espaços sociais e políticos de participação, comprometendo não somente o controle social sobre as ações públicas, mas, também, distanciando a sociedade civil organizada do processo de discussão e de implementação das políticas.

Assim, no conjunto das manifestações dos representantes sindicais se percebe que há um reconhecimento da importância do movimento sindical no processo histórico de construção das políticas de saúde dos trabalhadores na região, assim como há uma percepção da importância dessas políticas, em especial se consideradas as mudanças que ocorrem no mundo do trabalho e as dificuldades que decorrem dessas mudanças para os trabalhadores. Uma questão que fica evidenciada nessas percepções é que a saúde dos trabalhadores é, acima de tudo, um fenômeno social e político, construído através do esforço coletivo de diferentes sujeitos. Nessa direção, a própria existência de políticas no âmbito regional passa por esse esforço coletivo, num processo conflituoso onde atuam, não sem incongruências, nem sem contradições, sujeitos sociais e coletivos com visões e interesses diferentes e antagônicos e, mesmo, agentes públicos que organizam as ações das instituições estatais nem sempre a partir da perspectiva de consolidação de dinâmicas já construídas.

4.4.2. A Saúde dos Trabalhadores na perspectiva das lideranças empresariais

Como indicado anteriormente, as lideranças empresariais entrevistadas estão vinculadas a algumas entidades representativas dos interesses do empresariado na região de estudo (SINDIFUMO, CACIVA, CDL-SC) e o roteiro de entrevista foi o mesmo utilizado nas entrevistas com os representantes dos sindicatos dos trabalhadores: 1. Percepções sobre as mudanças no mundo do trabalho e suas repercussões sobre a saúde do trabalhador; 2. Percepções sobre o trabalho nas empresas e a relação com a saúde; 3. Percepções sobre a relação entre o trabalhador e sua saúde; 4. Indicação das políticas adotadas pelas empresas em relação à saúde dos trabalhadores; 5. Concepções sobre política pública da saúde do trabalhador; 6. Avaliação da atuação do Estado no campo da saúde do trabalhador na região e os desafios colocados atualmente para a saúde do trabalhador.

As lideranças empresariais entendem que as mudanças no mundo do trabalho ocorreram em função da ampliação dos recursos tecnológicos e da automatização. Porém, referem que não acontece da mesma forma em todos os setores. Os pequenos produtores rurais, característica nessa região de produção de tabaco, não conseguem acessar os recursos tecnológicos como os

grandes produtores, conforme a fala do entrevistado:

Olha, eu imagino que a automação, a questão mesmo de a gente ter maior informatização, o mundo tá mais tecnológico, muito muito mais. Eu acho que a gente passou por uma mudança muito radical na última de cada principalmente e na anterior um pouco. E nesse período, realmente viu tudo se transformar, digamos assim. Hoje o perfil do trabalhador é muito diferente do que trabalhava vinte anos atrás. A qualificação é diferente, hoje quem não tá inserido nesse mundo tecnológico, nesse mundo digital, ele tá fora do mercado de trabalho, praticamente pra qualquer setor, raras exceções né, que ainda existe aquele trabalho mais braçal, ainda até aquele trabalho informal que existe muitas vezes, que a gente sabe, o jardineiro, alguém que trabalha assim de freelance, uma faxineira. Mas mesmo essas pessoas elas tão usando a tecnologia [...] elas tão usando alguma forma de se comunicar, de interagir também. [...] a gente consegue produzir mais com menos até. Talvez isso impactou bastante na redução de mão de obra para cada empresa. Então, hoje, provavelmente uma empresa do porte da minha trabalha com menos pessoas em função da organização que ela teve pela chegada dessas novas tecnologias. Então, a gente se adaptou e o mercado como um todo se adaptou. Mas de outra ponta, a gente imagina também que as empresas têm mais facilidade pra crescerem, pra se informarem mais, pra se qualificarem mais, isso provavelmente faz com que elas consigam se aperfeiçoar e ficar mais tempo no mercado de trabalho, mais tempo no mercado[...]ao meu ver, hoje eu acho que as pessoas têm mais qualidade de vida, o trabalhador ele deixou muito esse trabalho tão forçado, tão braçal. [...] Não existe mais essa exploração como se existia antigamente, hoje quando tu vê alguém falando de exploração de trabalho né, alguma coisa escravidão ou analogia a escravidão, isso é uma coisa muito rara né. E a gente sabe que há 20, 30 anos, isso ainda existia bastante, era muito forte na nossa região. As pessoas nem sabiam que estavam sendo escravizadas, mas elas trabalhavam numa condição similar a isso né. Eu acho que mudou muito e mudou pra melhor, eu acho que é isso aí (Representante de entidade empresarial).

[...] uma das grandes mudanças, gradativa e agora cada vez mais rápida, é que tem havido uma maior mecanização nas empresas e a tecnologia, como tem avançado muito mais, tem também, feito com que as formas de trabalho sejam feitas de outra maneira, vamos assim dizer. Se a gente lembrar um pouco, até não muitos anos atrás, dando um exemplo, se a gente ia num escritório, tinha no escritório lá, 15, 20 pessoas para fazer toda a parte burocrática, tira nota, não sei o que, tudo aquelas coisas...se você vai hoje, é capaz de uma pessoa fazer todo aquele trabalho, que ta todo automatizado. Então [...] reduziu muito com isso o número de pessoas e o que se tem é quem controla realmente as maquinas. Então houve uma...eu acho que a grande mudança assim no processo de trabalho, no processo produtivo foi realmente essa maior mecanização e maior tecnologia aplicada em todas as áreas praticamente (Representante de entidade empresarial).

Fica evidenciada, nas duas falas dos representantes empresariais, que as sociedades contemporâneas foram transformadas pela “revolução técnico-científica”. Nesse contexto histórico, novos desafios se colocam para todos, empresas, empresários e trabalhadores. O mercado de trabalho está mais exigente, colocando para os trabalhadores a necessidade de adaptação às mudanças, em especial no que diz respeito àquelas mudanças que estão presentes nas empresas e que decorrem da implantação de novas tecnologias.

Como essas mudanças têm afetado a saúde dos trabalhadores? Para as lideranças empresariais entrevistadas, parece que é inegável que as mudanças que ocorrem no mundo do trabalho afetam a natureza das doenças relacionadas ao trabalho, destacando-se, nesse sentido,

uma sensação de que as pessoas estão mais estressadas. No entanto, as falas das lideranças empresariais destacam diferentes questões que, no conjunto, tendem a relativizar a relação com problemas de saúde dos trabalhadores, inclusive, em alguns casos, atribuindo responsabilidades (em casos de doenças) a causas que independem do que ocorre no âmbito das empresas, ou, ainda, à própria legislação trabalhista. Vejamos:

[...]vamos pegar agora mais empresas, pra elas conseguirem se manter no mercado, pra elas conseguirem se manter viáveis, elas precisam buscar redução de custos. A busca e a redução de custos também passa pela necessidade de ter menos pessoas empregadas, e isso faz com que as pessoas vão acumulando mais funções. Esse acúmulo de mais funções e mais trabalho, mais estresse, mais tensão. [...] hoje as pessoas estão mais estressadas, eu não sei se isso é um problema de saúde, mas isso pode ocasionar um problema de saúde né, assim por estarem muito mais ocupadas, por serem mais exigidas também nas buscas de resultados e isso [...] o estresse envolvido certamente aumentou nesse passar do tempo. Outros aspectos relacionados a saúde, eu diria assim, hoje até a gente falou [...] fora da nossa entrevista isso. [...] aqueles, aquelas doenças ocupacionais, LER até reduziram em função de que as empresas foram adaptando, foram colocando, não procedimentos, mas as maneiras de fazer com que isso reduza, isso tem acontecido né. Eu acho até, acidentes de outra forma, se a gente considerar, por todas as normas de segurança que as empresas vão adotando, eu acho que esses aspectos tem até reduzido nos últimos anos. Há uma maior cobrança da legislação, há tanta uma maior conscientização de que isso é muito importante [...] tanto do trabalhador quanto da empresa [...] (Representante de entidade empresarial).

E as empresas tão, até porque as legislações impõem bastante, nesse sentido tivemos também muitos avanços de legislação que elas obrigam várias formalidades, vários procedimentos né, de manutenção e de verificação da saúde do trabalhador. Isso também não existia há 30 anos atrás, ninguém falava nisso, e hoje, não é 100% das empresas a gente sabe disso, mas uma boa parcela e num número crescente, cada vez mais utiliza desse tipo de expediente, de consultas de rotina da saúde do trabalhador, verificação e tal. E, também, não existindo informalidade tu acaba dando uma condição que é usual do comércio, no nosso caso, de trabalho, horários definidos de trabalho, uma rotina de trabalho, isso tudo vai impactando positivamente na vida e na saúde do trabalhador né. Então, o próprio fato dele criar essa rotina, isso é muito produtivo que ele pode se organizar também em família pra ter o seu lazer e isso tudo impacta na saúde. Sem contar com a redução de rotinas e de procedimentos mais pesados que existiam em alguns setores, eu acredito que tem muita mecanização hoje, que as pessoas não carregam tanto, por exemplo, fardos pesados porque tem máquinas que substituem. E, nesse sentido, a tecnologia veio pra apoiar muito né (Representante de entidade empresarial).

É, hoje se olha mais a qualidade de vida, mas hoje eu acho que as pessoas têm uma rotina mais pesada de vida, eu vejo assim as pessoas mais estressadas, cansadas. Mas eu atrelo isso muito das pessoas meio que não sabem o que quer, não tem convicção, trabalham porque tem que trabalhar, não porque realmente gostam do que fazem. Então eu acho que, com certeza muda essa questão da saúde dos trabalhadores, com certeza muda. De mudanças de saúde [...] de modo geral, a qualidade de vida ela melhorou sim, eu acho que hoje as pessoas têm mais possibilidades do que tinham antigamente (Representante de entidade empresarial).

Note-se que, na fala dessa liderança, a referência a determinadas doenças relacionadas ao trabalho não deve relativizar o fato de que as pessoas têm mais oportunidades, a “qualidade de vida melhorou” e que, muitas vezes, situações que indicam doenças (psíquicas) decorrem do próprio comportamento dos indivíduos (que têm dificuldades de uma definição mais clara acerca do que querem fazer). Essa mesma liderança empresarial demonstrou preocupações quanto à legislação e quanto a situações que ocorrem fora das empresas, mas que causam agravos que passam a ser assumidas pelas empresas:

[...]O que eu vejo de mudanças, mudanças tem muito, eu acho a CLT muito antiga, muita velha em muitos aspectos. Eu vejo também que muitas pessoas acabam se escondendo atrás de algumas situações das leis trabalhistas. Eu vejo uma evolução bastante grande da consciência das empresas nessa questão, em alguns segmentos como eu disse, em outros nem tanto. Mas eu já vejo uma preocupação maior do que antigamente [...] não se usava equipamento, se trabalhava de forma diferente [...]Então eu acho que houve bastante mudança, mas precisa se trabalhar urgente algumas questões dos direitos também e dos deveres de tudo isso. Então eu penso que ainda tem situações, um exemplo, hoje eu tenho uma pessoa dentro da minha empresa, eu não vou falar nem do meu segmento, ele trabalha, vamos dizer, lá numa empresa de informática, de software, que hoje várias empresas vem surgindo nesse aspecto, e lá dentro da empresa de software ele tem o posto de trabalho adequado, dentro da ergonomia, dentro dos padrões como deve ser, o acompanhamento de profissionais, e tudo mais. Ele sai do trabalho dele, muitos desses fazem uma segunda jornada de trabalho, aí ele faz lá dentro da casa dele ou num outro ambiente de trabalho que daqui a pouco ele desenvolve problemas de saúde que não é oriundo do trabalho oficial dele que ele tá lá com a carteira registrada e tudo mais. E aí ele vai lá, faz a queixa ou tem o problema numa LER ou uma falsa postura, a empresa que acaba tendo que arcar com toda a consequência. Houve, vamos dizer assim, a empresa teve que se adequar, mas a pessoa, não que eu contra ter dois empregos, mas precisa ter algum senso ou alguma atualização pra que também não seja penalizado um lado e não o outro, e isso eu vejo que acontece muito dentro das empresas. [...] Dificilmente quando chega lá na frente do juiz ela não perde nada, quem sempre acaba onerando é a empresa, porque a empresa tem obrigação de provar que ela tá toda certa e aí é tu que tem que gerar provas de que você está certo. Só que isso é cada dia mais difícil, então isso também pesa em estrutura dentro de uma empresa, pesa em custos, então hoje a questão de saúde ocupacional dentro de uma empresa, ela tem um custo bastante pesado pra uma estrutura empresarial, justamente porque tu tem que criar um monte de ferramentas, de acompanhamento de fluxos, pra conseguir sempre tá sempre defendendo. O que, daqui a pouco, tu poderia tá investindo em melhorias efetivas de trabalho né. Então eu vejo por esse lado. Então eu penso que as nossas leis, as nossas regras têm coisas que se tu vai pra outros países não são tão exigentes quanto as nossas aqui, porque as nossas aqui tem todo esse lado de assistencial. Então eu acho que essa questão da mudança, houve muita mudança, nossa empresa tem 30 anos, desde que se abriu a empresa até hoje é gritante a mudança, e não só porque tem leis, porque se preocupa realmente. [...] E a tendência é aumentar, é a troca da mão de obra humana pela automatização dos processos e robotização, enfim, sem dúvida (Representante de entidade empresarial).

Segundo a OIT, o estresse relacionado ao trabalho afeta os trabalhadores de todas as profissões em todo o planeta. A globalização e as mudanças tecnológicas têm transformado os padrões de trabalho e de emprego, o que contribui para o desenvolvimento do estresse relacionado ao trabalho. Segundo Gaulejac (2007), as empresas que cultivam o desempenho

consideram o estresse como algo natural, conveniente para a adaptação ao trabalho. Os casos de estresse relacionado ao trabalho são cada vez mais comuns e conforme a agência europeia para segurança e saúde no trabalho, “28% dos assalariados europeus são atingidos pelo estresse”, sendo considerado a causa de “24% das crises cardíacas, favorece o aparecimento do câncer, do alcoolismo, da má alimentação e uma das maiores causas da depressão, que frequentemente leva ao suicídio”. “O custo humano e econômico do estresse profissional representa 20 bilhões de euros por ano em perda de produtividade e em custos médicos, sem contar o absenteísmo que ele gera” (GAULEJAC, 2007, p. 226).

Mas o último registro das entrevistas realizadas com os representantes de entidades empresariais revela, também, que o próprio conhecimento acerca de doenças relacionadas ao trabalho é precário. Note-se, inclusive, que quando foi perguntado sobre o conhecimento que tinham sobre a ocorrência, os entrevistados indicaram diferentes visões, quase sempre destacando situações “fora das empresas”:

O que eu vejo muito, assim, o que chega até mim, é muito acidente de trajeto, né. Então assim, as pessoas [...] a falta de cuidado no trajeto né, seja automóvel, motocicleta, bicicleta. Então, isso eu vejo bastante e [...] eu vejo que se registra mais. Até saiu uma estatística há pouco tempo, de que Venâncio lidera o ranking de acidente de trabalho na construção civil, no isso e naquilo, mas eu acho que eles tão aqui, a gente tem um registro melhor desse acompanhamento [...] um olhar diferenciado, até porque tem um conselho de saúde que faz um trabalho junto com as entidades que envolve os sindicatos, que envolve a CACIVA, que envolve as empresas né. Então, a gente tem todo um trabalho educacional pra monitorar o que tá acontecendo, quais são os segmentos que tão mais prejudicados, que no nosso caso aqui é a construção civil né. E, aí eu não sei te dizer se é falta de treinamento, se é falta de fiscalização ou até conscientização, são ‘n’ motivos né. Daqui a pouco a construtora “x” lá dá os equipamentos, ou de que forma dá, ou não, ou de que forma surge esses acidentes né (Representante de entidade empresarial).

É, o que eu acho que ocorre mais, agora ultimamente, assim é acidentes grandes a gente vê de vez em quando com construção civil há um tempo atrás, mas é bem reduzido porque também existe muita proteção. Quem constrói sabe, eu, por exemplo, tenho uma construção estou desenvolvendo, e eu sei que a empresa que eu contratei tem uma extrema cautela, é o que eu vejo na nossa cidade, até viajei ano passado pra um outro local, que a regra lá era bem diferente, e eu vi que não tinha tanta proteção, uma cidade bem maior que santa cruz, mas não tinha tanta proteção como tem aqui. Às vezes, eu sei que a legislação é um pouco rigorosa demais, até um pouco excessiva com essa área, mas previne bastante de outra ponta esses acidentes. Porque hoje esse tipo de mão-de-obra que dá acidentes, como a construção civil, até fatais, claro que indústrias também ocorrem, mas a gente não ouve falar tanto tanto nisso, porque eu acredito que os processos foram aprimorados, e hoje se tem um cuidado muito grande, já se filtrou aqueles problemas que ocorreram no passado e se treina melhor. (Representante de entidade empresarial).

Quanto às políticas adotadas pelas empresas em relação à saúde dos trabalhadores, as lideranças empresariais entrevistadas destacaram que, na maioria das empresas, as normas

regulamentadoras estão sendo cumpridas. Nesse sentido, algumas lideranças empresariais entendem que a maior cobrança por cuidados com a saúde do trabalhador por meio das legislações melhorou, principalmente a conscientização tanto por parte da empresa como do trabalhador, conforme relata o entrevistado: “[...] há maior cobrança da legislação o que promoveu, digamos assim, maior conscientização em cuidados com a saúde tanto por parte do trabalhador como da empresa”(Representante de entidade empresarial).

Em relação as ações de saúde e de segurança desenvolvidas pelas empresas, pode-se perceber nas entrevistas que as indústrias, principalmente aquelas voltadas à exportação, tendem a cumprir com todas as normas legais exigidas para garantir a certificação de qualidade do produto, sendo que uma das exigências para a certificação de qualidade do produto exportado é a segurança e a saúde dos trabalhadores envolvidos na produção, conforme relata o entrevistado:

Hoje, no caso o tabaco que é um mercado muito exportador, nós exportamos 80, 90% da produção ou mais, os clientes que vem comprar tabaco aqui observam as condições de saúde e segurança no trabalho. Por exemplo, se eles forem comprar tabaco num país com problemas de saúde, de acidente, isso pega mal a imagem como um todo. Então, no nosso setor a gente se preocupa com a saúde do trabalhador e consegue realmente os resultados (Representante de entidade empresarial).

Além disso, as lideranças empresariais enfatizaram que a indústria transnacional trouxe uma cultura da proteção e da informação:

A indústria de fora tem maior preocupação de que além do trabalhador estar bem protegido, ele também deve estar bem informado. Nessa mesma linha nós levamos isso para o campo [...] segurança do produtor, combate ao trabalho infantil (Representante de entidade empresarial).

Outros segmentos de lideranças empresariais compreendem que a fiscalização é excessiva, visando somente o bem-estar do trabalhador, conforme entrevista:

[...] existe legislação muito rigorosa, essa cobrança das empresas pelo uso de EPIs, muitas vezes é feita as fiscalizações de conselhos, como o CREA, eles são extremamente exigentes” (LE2). [...] mudou bastante essa legislação para a empresa mas precisa trabalhar a questão dos direitos e deveres dos trabalhadores também (Representante de entidade empresarial).

Segundo Oliveira (2003) descreve no artigo intitulado “Segurança e saúde no trabalho: uma questão mal compreendida”, as empresas que não vislumbram a saúde e segurança do trabalho “como valor agregado a seu negócio”, como valor que se equipara com o da produção, não terão efetividade no desenvolvimento dos programas de saúde ocupacional. Nesse sentido, as diferentes percepções apresentadas pelos líderes empresariais podem estar relacionadas ao valor dado para os programas de saúde e segurança no trabalho pela necessidade do negócio.

Ficou claro que as empresas que exportam seus produtos e que precisam implementar os programas de qualidade e meio ambiente apoiados nas séries ISO 9000 e 14000 destacam a importância em desenvolver de forma efetiva os programas relacionados a saúde e segurança no trabalho, diferentemente das demais, que vêem os programas como mais uma cobrança do governo para beneficiar o trabalhador.

Por outro lado, todos os entrevistados demonstraram desconhecimento sobre saúde do trabalhador, considerando apenas os aspectos ligados a saúde ocupacional como forma de fazer saúde nas empresas. Conforme relato: “Essa eu não tou muito a par, isso realmente talvez alguém da área de recursos humanos saberia. É que surgiram muitas políticas públicas, essa do trabalhador eu realmente não tenho conhecimento” (Representante de entidade empresarial).

Não, o que a gente ouve é assim a nível de notícias e tal. Até porque eu não tenho muito conhecimento [...]. Mas eu acredito que sim, também as prefeituras, governo do estado, governo federal ele, no caso as políticas públicas vêm de lá, as legislações são feitas pra essa melhora. É claro, como eu te falei antes, às vezes existem legislações que entram e quando tu vê elas não atendem aquela necessidade, porque uma coisa é tá lá e redigir uma lei, muitas vezes achar que é importante, chegar aqui e não cumprem. O que eu vejo assim que falta muito, talvez nas cidades também, é um apoio à saúde no sentido de fiscalização também, de cobranças de que as coisas ocorram. [...] Voltando à saúde pensando assim como saneamento, às vezes têm municípios que não têm saneamento. Então isso tudo vai impactar, porque a pessoa ela mora numa cidade, aí num determinado momento ela tá na casa dela, tá na rua, tá fora do trabalho, depois ela vai para o seu trabalho, quando ela entrar lá dentro com uma virose, é saúde do trabalhador dentro da virose, porque não deixa de ser saúde o trabalhador fora ou dentro da empresa. E aí se ele chegar com uma virose que pegou na sua rua, porque não tem saneamento, faltou política pública de prevenção daquele esgoto que tava a céu aberto ali correndo, enfim, de um alimento que foi infectado em função de má conservação. [...] E aí nós precisamos de uma parceria do Estado, mas também do nosso município também, nosso governo. Eu acredito assim que o que impacta muito grande fortemente são questões externas da empresa, isso tira produtividade, se a gente for pensar em produtividade, nossa, a pessoa quer trabalhar, que gosta, mas tá mal, indisposta no trabalho. Eu, na minha empresa, quando a gente detecta alguma coisa assim, até muitas vezes problemas pessoas e tal, a indicação é que a pessoa tire o dia pra resolver. E se a gente for pensar em produção não adianta, a pessoa que não tá disposta não vai produzir (Representante de entidade empresarial).

Outro aspecto mencionado durante as entrevistas diz respeito as dificuldades com relação aos trabalhadores que possuem mais de um emprego pelo fato de adoecerem com maior facilidade, sendo a doença atribuída, somente, ao local de trabalho formal, conforme relata o entrevistado:

[...] ele sai do trabalho dele, que está nos padrões, com posto de trabalho adequado, dentro da ergonomia e vai para o outro trabalho [...] daqui a pouco aparece com problemas ergonômicos” (LE1). “[...] muitos desses fazem uma segunda jornada de trabalho, aí ele faz lá dentro da casa dele ou num outro ambiente de trabalho que daqui a pouco ele desenvolve problemas de saúde que não é oriundo do trabalho oficial dele onde tem carteira registrada e tudo mais.... E aí a empresa que acaba tendo que arcar com toda a consequência (Representante de entidade empresarial).

Quanto a atuação do Estado no campo da saúde do trabalhador na região, os líderes empresariais relataram receber fiscalizações por parte do governo para que as Normas Regulamentadoras previstas em lei sejam cumpridas. Esta fiscalização não parece ser efetiva, pois apenas verificam se as empresas possuem os programas como a CIPA, PPRA, PCMSO, mas se estas propostas são colocadas em prática, de que forma e se são efetivas, não é verificado. Conforme relato: “[...] o governo não faz prevenção só fiscalização. Não está preocupado como os programas são desenvolvidos” (Representante de entidade empresarial).

O Ministério Público do Trabalho entra mais pra ver se está acontecendo, é fiscalizatório mesmo, não está preocupado com a solução, ele é fiscalizatório. Entendo que deveriam agir diferente, se tem um problema, tentar encaminhar uma solução. Porque fiscalizar e multar não resolve (Representante de entidade empresarial).

Quanto aos problemas e desafios atuais para a saúde dos trabalhadores, entendem que somente as empresas cuidam da saúde dos seus trabalhadores, desconhecem sobre as políticas públicas de saúde do trabalhador e destacam a ineficiência do SUS, conforme o relato do entrevistado:

Se o cuidado com a saúde dos trabalhadores dependesse do serviço público, do SUS e se as empresas cumprissem somente as Normas Regulamentadoras, talvez esses trabalhadores não teriam os mesmos cuidados com a saúde que algumas empresas da região proporcionam (Representante de entidade empresarial).

Sugerem a importância de desenvolver ações coletivas de prevenção nas empresas, a nível regional. Entendem que deva iniciar pelos segmentos que estão mais vulneráveis, onde ocorrem o maior número de casos de agravos relacionados ao trabalho, conforme relato do entrevistado:

[...] alguma organização regional, porque pra algo regional deveria partir das secretarias de saúde dos municípios que estão mais envolvidos com esse assunto e dali sair um plano, que possa ser efetivo [...] ver como poderia se aplicar boas práticas de prevenção da saúde nas empresas, aplicar a nível regional, via estado (Representante de entidade empresarial).

As ações de saúde desenvolvidas pelo serviço público como a UMREST e CEREST não foram mencionadas durante as entrevistas, o que se subentende desconhecimento dos entrevistados. O autor Gastão Wagner de Sousa Campos faz uma reflexão sobre o SUS e questiona: a quem o SUS se destina? Destaca que 70% da população brasileira utiliza o sistema

público de saúde regularmente e a persistente desigualdade econômica, social e política fortalece uma divisão, dois mundos coexistindo no mesmo local. “As cidades são sempre duas, dois pedaços com diferenças abismais em relação ao saneamento básico, ao transporte, à habitação, à urbanização, ao lazer e à segurança pública” (CAMPOS, 2018, p.5). Destaca que “a fuga do terço mais rico da população para os planos privados é mais um sintoma da construção de um país para os ricos e poderosos e de outro para o povo”. Nesse sentido sugere que seja proibido utilizar recursos públicos para financiar planos de saúde privados, especialmente para servidores públicos e trabalhadores de estatais (CAMPOS, 2018, p.8).

Considerando o desconhecimento em relação aos serviços especializados em ST, outro aspecto pode ser abordado com um estudo que objetiva “identificar problemas de saúde e outros agravos e seus significados para agricultores do tabaco, representantes do Estado, da sociedade civil, da indústria do tabaco e estratégias de enfrentamento”. Este estudo concluiu que “o CEREST não desempenha suas funções de capacitação dos profissionais de saúde para reconhecer e notificar doenças ou outros acidentes de trabalho e nem realiza ações de vigilância em saúde do trabalhador”. Com isso, “há necessidade de uma atuação intersetorial e o importante papel da saúde do trabalhador nas ações de vigilância, prevenção e tratamento de agravos e doenças ocupacionais dos trabalhadores rurais do tabaco” (RIQUINHO; HENNINGTON, 2014, p.4806).

Percebe-se, portanto, no que diz respeito às lideranças empresariais, certo distanciamento quanto à discussão sobre saúde dos trabalhadores. Por um lado, importante registrar, a participação do empresariado na construção de uma política regional de saúde dos trabalhadores é muito precária, para não dizer inexistente. Observe-se, inclusive, que as referências nessa direção foram vagas e relacionadas a ações realizadas no âmbito dos municípios. Por outro lado, a ênfase dada pelas lideranças indica que, no âmbito das empresas, há cada vez maior preocupação com a saúde dos trabalhadores, o que faz com que, inclusive, situações de agravo estejam relacionados mais a determinados setores de atividade (construção civil, por exemplo). Nesse sentido, é interessante notar que diferentes lideranças, ao falarem sobre acidentes relacionados ao trabalho, indicaram o que ocorre fora das empresas (durante o deslocamento para o trabalho; ou, então, em atividades realizadas em casa, que provocam acidentes e que, inclusive, prejudicam a empresa). A relação com Estado é avaliada a partir daquilo que o senso comum empresarial expressa quando avalia a atuação do Estado: o Estado tende a ter presença fiscalizadora e, em decorrência disso, há uma desconfiança quanto à atuação do mesmo, em especial quando se trata da relação capital-trabalho.

Mais importante, no entanto, é registrar a quase inexistente participação/conhecimento das políticas públicas relacionadas à saúde dos trabalhadores. É um dado que, efetivamente, indica que as empresas tendem a atuar nesse campo a partir de uma visão privatista, que está comprometida com a resolução de problemas a partir de uma lógica do próprio mercado, relativizando-se ações coletivas e públicas de discussão e de enfrentamento da questão.

5 A SAÚDE DOS TRABALHADORES NO COTIDIANO DAS EMPRESAS E DAS ESTRATÉGIAS DOS TRABALHADORES VISANDO ENFRENTAR DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO

Neste capítulo da tese pretende-se analisar experiências concretas (e presentes nos locais de trabalho) de enfrentamento das problemáticas relacionadas com saúde/doença no trabalho. Nesse sentido, a análise atenta, por um lado, para o modo como ações de prevenção de acidentes e de promoção da saúde dos trabalhadores são organizadas no interior de empresas. Por outro lado, atenta para as estratégias utilizadas pelos trabalhadores visando a prevenção e o cuidado com as doenças relacionadas às suas condições de trabalho.

Inicialmente, então, a partir das entrevistas realizadas com donos ou representantes de empresas, são analisadas concepções presentes nos espaços empresariais sobre as mudanças no mundo do trabalho e suas repercussões a saúde dos trabalhadores, sobre as modificações no processo de trabalho das empresas em função da saúde dos trabalhadores, sobre ocorrência de agravos relacionados ao trabalho, sobre as ações de prevenção e de promoção de saúde desenvolvidas no interior das empresas, mesmo sobre as concepções que os empresários têm sobre a política pública de Saúde do Trabalhador.

Em seguida, são contextualizadas as estratégias dos trabalhadores e das trabalhadoras quando lidam com doenças relacionadas ao trabalho. Tomando como base empírica os formulários de pesquisa aplicados com trabalhadores que residem nos municípios da Região 28, bem como as entrevistas realizadas com trabalhadores que já vivenciaram situações de doenças relacionadas ao trabalho, atenta-se, para a experiência mesma de adoecimento no trabalho vivenciada pelos trabalhadores.

Para a construção desse capítulo utilizou-se dados primários através de duas técnicas de coleta de dados: o questionário e a entrevista semiestruturada. Por questionário entende-se a “técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.” (GIL, 1995, p. 24). E por entrevistas semiestruturadas entende-se o tipo de entrevista “que parte de certos

questionamentos básicos [...] e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante” (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

5.1 A saúde e as doenças dos trabalhadores no lado de dentro das empresas: políticas empresariais de prevenção à saúde e cuidado de doenças relacionadas ao trabalho

Os dados utilizados para a construção desse tópico foram levantados mediante entrevistas com empresários (ou representantes de empresas), visando identificar as estratégias empresariais na Região 28 de Saúde para promover a saúde dos trabalhadores, prevenir enfermidades e acidentes e atender casos de doenças relacionadas ao trabalho. Nesse sentido, as questões da entrevista foram formuladas a partir dos seguintes blocos temáticos: percepções sobre as mudanças no mundo do trabalho e suas repercussões sobre a saúde do trabalhador; as percepções sobre o trabalho em sua empresa e a relação com a saúde; as percepções sobre a relação entre o trabalhador e sua saúde; a indicação das políticas adotadas pelas empresas em relação à saúde dos trabalhadores; as concepções sobre política pública da saúde do trabalhador; a avaliação da atuação do estado no campo da saúde do trabalhador na região e os desafios colocados atualmente para a saúde do trabalhador (APÊNDICE D).

O levantamento de dados com empresários foi realizado a partir de uma amostra intencional, construída a partir de dados do CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados) e contemplando, também, todos os treze municípios da Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul. Os dados do CAGED consideram as empresas formalizadas junto ao Ministério do Trabalho e Emprego e, segundo dados de janeiro de 2015, conforme mencionados no capítulo 4, a região de estudo tinha um total de 20.140 (vinte mil, cento e quarenta) estabelecimentos (compreendendo estabelecimentos industriais, comerciais, agropecuários, de serviços, de serviços públicos, construção civil, de extração mineral).

As entrevistas foram realizadas com 18 empresários, distribuídas proporcionalmente entre os municípios da região pesquisada. Dessa forma, foi realizada uma entrevista nos municípios que apresentavam um número menor de 1000 estabelecimentos e duas entrevistas nos demais municípios, sendo assim constituída: Candelária – 02 entrevistas; Gramado Xavier – 01 entrevista; Herveiras - 01 entrevista; Mato Leitão – 01 entrevista; Pantano Grande – 01 entrevista; Passo do Sobrado – 01 entrevista; Rio Pardo – 02 entrevistas; Santa Cruz do Sul – 2 entrevistas ; Sinimbu – 01 entrevista; Vale Verde – 01 entrevista; Vale do Sol – 01 entrevista;

Venâncio Aires – 2 entrevistas; e Vera Cruz – 02 entrevistas. Os empresários foram escolhidos de acordo com a participação dos setores de atividade em cada um dos municípios e as entrevistas foram realizadas fora do espaço da empresa ou após expediente. Após a leitura e decodificação dos dados foi realizada a análise de conteúdo, sendo os resultados organizados e apresentados a partir dos eixos temáticos que orientaram a realização das entrevistas.

5.1.1 Percepções sobre as mudanças no mundo do trabalho e suas repercussões sobre a saúde do trabalhador

Uma primeira questão que foi colocada para os empresários ou representantes das empresas (de modo geral, gerentes) está relacionada às mudanças no mundo do trabalho e suas implicações sobre a saúde dos trabalhadores. As respostas a essa questão indicaram diferentes visões presentes no universo empresarial, desde visões que destacaram melhoras (quando comparadas com o passado) até visões indicativas do reconhecimento de situações de maiores agravos à saúde dos trabalhadores, em especial no que diz respeito às doenças psíquicas. Para fins de análise, então, foram definidos quatro grupos de respostas, com as seguintes indicações: 1. Indicação de novas formas de adoecimento, com destaque para as doenças psíquicas; 2. Indicação de que as mudanças são naturais e, nesse sentido, os trabalhadores precisam se adaptar às mudanças; 3. Indicação de preocupações quanto às exigências que são colocadas para as empresas; 4. Indicação de que atualmente os trabalhadores estão cobrando maiores atenção das empresas quanto à saúde no trabalho; 5. Indicações que atualmente as condições de trabalho favorecem à saúde dos trabalhadores.

Em relação à primeira questão, ou seja, à “indicação de novas formas de adoecimento, com destaque para as doenças psíquicas”, as entrevistas permitiram perceber análises precisas quanto às mudanças que as empresas realizam há algum tempo, tanto no que diz respeito à introdução de novas tecnologias quanto no que diz respeito às novas estratégias de gestão da produção e do trabalho. Nesse sentido, alguns empresários (ou representantes das empresas) indicaram que, diante dessas mudanças, que ocorrem num contexto de aumento da competição no mercado, efetivamente observa-se uma maior pressão sobre os trabalhadores nos locais de trabalho, resultando daí uma condição de maior estresse. A fala a seguir é indicativa dessa visão:

Acredito que isso afeta sim no psicológico, porque é muita cobrança sabe, muitos detalhes, se é relacionado a isso que tu está perguntando. Porque cada setor é cada setor, vendedor tem muita cobrança, que tem que vender, vender, vender, fazer financeiro, toda aquela coisa e já o administrativo é cobrar inadimplência. Então no mundo geral assim, num todo, é cobrança de todos os lados, e isso acho que afeta a

saúde do trabalhador, por que de certa forma a cobrança é muito grande (Empresário 06).

Olha, eu, pessoalmente, aqui na empresa eu não vejo grandes mudanças. Mas assim, de modo geral né, tem ocorrido mais casos de estresse, mais casos de problemas psicológicos do que realmente físicos, que acaba afetando o físico também né. Mas a gente tá levando numa boa né, não tem grandes casos de defasagem por causa de doença. Às vezes é uma questão [...] de já tive casos de funcionários que se afastaram por depressão, casos de estresse, mais casos de problemas psicológicos e tive funcionários que se afastaram por outros casos de doença. Mas nada muito grave assim. (Empresário 01).

E, como indicado, para alguns empresários, embora as mudanças tecnológicas e organizacionais efetivamente afetem a saúde dos trabalhadores, todos (empresas e trabalhadores) precisam se adaptar, inclusive para se possa manter a competitividade.

Não, acredito que não, porque na verdade, a medida que as mudanças ocorrem a gente tem que se adequar a elas e muitas vezes até tu mudar dentro da tua empresa o que precisa ser adaptado a situação, eu sempre vejo isso. Porque isso não seria só, vamos dizer, na parte da saúde e sim geral, porque as mudanças ocorrem, não tem como, até pelo mundo que a gente vive e hoje, vamos dizer, a internet é uma coisa que tá junto conosco, é uma mudança muito rápida. Então a empresa tem que se adequar conforme a situação de cada caso (Empresário 07).

Essa é uma concepção que, como está indicado, se coloca num contexto de naturalização das mudanças que ocorrem no mundo do trabalho, inclusive no que diz respeito à saúde dos trabalhadores. De alguma forma, espera-se que os trabalhadores possam se adaptar às mudanças, assim como as empresas, e enfrentar as novas situações com “naturalidade”. Uma visão que se aproxima daquela que, em decorrência da pergunta que propôs uma análise entre mudanças no mundo do trabalho e saúde dos trabalhadores, destacou as questões que se colocam para as empresas, em especial no que diz respeito ao maior controle. Ou seja, mudanças têm ocorrido, mas a questão é que, em decorrência dessas mudanças, as empresas de alguma forma são penalizadas pelo maior controle que o Estado exerce, visando adequar as condições de trabalho às necessidades dos trabalhadores. A fala a seguir, então, é ilustrativa:

Mudanças nas exigências eu acho né, porque antigamente a gente trabalhava mais, vamos dizer, mas tranquilo né, não tinha tanta exigência da parte do próprio governo de [...] de tantos institutos que hoje tem que exigem in metro, exigem esse PPCI, toda essa coisa que essa exigência em cima do empresário causa estresse no empresário, porque você tem que conseguir que teu comercio produza né, sempre da forma que tu possa, vamos dizer assim, cumprir com tuas obrigações né. Então o que vai te causar? Vai te causar um estresse maior né, porque as tuas obrigações, teu compromisso é maior com as exigências [...] com todo esse contexto político que tem aí, porque o que os políticos tão fazendo, eles tão desviando os recursos né e tão inventando coisa em cima do empresário, do povo [...]. E o que que o empresário é? Não sou eu quem pago o imposto né, eu pago o meu imposto, a senhora paga o seu imposto, nós somos arrecadadores de impostos, então nós temos que ter a obrigação de arrecadar o imposto do povo com honestidade, e nós temos gente que nos fiscalizam com isso aí pra que

esse imposto vá lá pro governo. Então isso causa estresse, tem tantos encargos, tantas obrigações que o empresário muitas vezes não consegue cumprir com tudo isso. É demais. E aí o que acontece? A saúde vai pro brejo, por que vem o estresse né, você tem o teu compromisso tal dia e aí você vem que aquele compromisso tá chegando perto e o dinheiro não vai chegar. Antigamente não era assim, há 20 anos atrás não tinha tanta exigência, não tinha encargo. Hoje você em que ter cupom fiscal [...] pra um cupom fiscal você tem que manter uma internet funcionando, você tem que manter um servidor, você tem que manter um cara que mantém um programa de cupom fiscal pago né. Então a despesa aumentou lá em cima e tu tem que correr atrás (Empresário 09).

Por outro lado, as entrevistas revelaram visões que indicam que há uma nova cultura no interior de empresas que apontam para a compreensão de novas abordagens no que diz respeito à saúde dos trabalhadores. Nessa direção, a entrevista com um empresário indicou que, no interior das empresas, os próprios trabalhadores estão mais atentos a essas questões e estão cobrando maiores cuidados das empresas, resultando daí mudanças que perseguem melhor tratamento das questões relacionadas à saúde dos trabalhadores (maior prevenção, maior atenção aos agravos à saúde).

Hoje a gente enxerga uma mudança muito drástica no comportamento do trabalhador, no sentido de que já não é a empresa que tem a necessidade de cobrá-lo, por exemplo, falando da nossa parte de indústria, do uso correto dos EPIs. Hoje há um movimento contrário, eles nos cobram sobre o uso e nos questionam que tipo de equipamentos eles podem usar pra se proteger, né a gente tem uma tendência aqui na nossa empresa, a gente nota. Talvez de forma cultural, porque a gente sempre trabalhou muito bem isso aí, então a gente enxerga essa mudança. Mas é claro que ainda tem também uma tendência que a gente analisa, como a gente trabalha muito com resultado de indicadores de desempenho, que é quanto menor o grau de instrução maior são os problemas relacionados a saúde do trabalhador. Menos ele cuida, seja aqui ou na vida pessoal, a alimentação dele, o meio de transporte, como ele vai, como ele volta, como ele se comporta no trânsito, por exemplo, nós temos um colaborador que estava em alta velocidade e bateu em um carro. Mas quanto menor é o grau de instrução, maiores são os problemas enfrentados. Também no uso dos EPIs, quanto maior é o grau de instrução, menores são os problemas, essa tendência a gente vem observando. Para tanto, já é uma diretriz da empresa que no recrutamento de seleção, faz o recrutamento de pessoas com nível de escolaridade maior. Se o pré-requisito do cargo é ensino fundamental completo, normalmente a gente já tenta pegar um médio incompleto. Sempre puxa um pouco para cima né, pra poder manter a nossa cultura de cuidados. Mas a gente vê também um movimento de diminuição dos passivos em relação a questões trabalhistas, relacionadas a LER e DORT. Antigamente tinha muito isso, hoje já não tem mais, mas também é fruto da empresa também trabalhar a questão da mudança do colaborador de tempos em tempos na área produtiva, hoje ele tá aqui amanhã ele tá lá ou no mesmo dia, até o intervalo ele faz uma função depois do intervalo ele faz outra função. Então tudo isso é fruto de uma gestão voltada pra questão da segurança do trabalhador (Empresário 09).

Por fim, então, foram observadas visões que ressaltaram melhoras, que as mudanças não afetam a saúde dos trabalhadores, seja por que determinadas empresas estão mais preocupadas com o desenvolvimento de políticas de proteção à saúde dos trabalhadores, seja por que as

mudanças tecnológicas e organizacionais criam condições de trabalho mais favoráveis aos trabalhadores.

A gente entende-se que não, porque a gente vem desde 2009 com a filosofia nova de trabalho [...], onde a nossa filosofia hoje ela muda muito porque ela tem os nossos direcionadores, que perpetuam dentro da empresa, que o nosso foco é sempre a valorização do ser humano. Então a gente teve várias mudanças no dia-a-dia do trabalho. Exemplo: um dos exemplos foi a diminuição da carga horária de 44 horas para 40 horas que nós já tivemos desde 2010, se eu não me engano, onde a gente ao invés de tá trabalhando 44 horas que são os normais, a gente trabalha 40 horas. Também a gente mudando um pouco do foco da empresa que atua em função das pessoas que é um dos nossos direcionadores, a gente vem com vários trabalhos onde que sabemos que dentro da pirâmide ali existe o social, o ambiental e o econômico muito importante, mas não é só o econômico, a gente acha que o econômico ele vem através do social e do ambiental. Então hoje a gente trabalha com várias frentes com as pessoas, principalmente de valorização do ser humano, onde a gente tem uma hierarquia mais aberta, onde a gente dá voz a todas as pessoas, e automaticamente isso, junto com a áreas de tecnologia e segurança do trabalho, vem se desenvolvendo muito esse trabalho com as pessoas. Antigamente pra nós, e é o normal do mercado ter as hierarquias né, onde um promove as propostas e outros executam. Hoje não, todos os operadores em qualquer níveis dentro da [...] tem a sua voz e tem participado de qualquer mudança, então faz pra nós isso ter sentido, não é assim tu adquirir uma tecnologia e implementar a qualquer custo, não, a gente pode adquirir, mas constrói com as pessoas, pra ver qual a melhor maneira, porque isso afeta direto a saúde do trabalhador, a maneira como ele trabalha, né (Empresário 10).

Eu vejo que tem afetado positivamente tá, a gente melhorou muito a questão de ergonomia, a questão de ambiente de trabalho, porque coisas que eram feitas dentro da empresa antigamente, a gente não consegue fazer mais. Até quando a gente fala na questão de produtividade mesmo, se a gente não der uma condição de trabalho pro funcionário, a gente não consegue tirar o máximo dele durante as 8, 9 horas corridas de trabalho que a gente tem né, principalmente no clima. O clima afeta muito, ainda mais no verão, que as vezes a gente percebia né, que o cara chegava de manhã e tinha uma produtividade e por causa dos nossos barracões muito quentes, chegava de tarde era outra. Então todo ano a gente vem melhorando algumas coisas pra conseguir trabalhar plenamente, no mesmo ritmo, do início até o fim do período né. Então a questão de maquinário né, também melhorou muito, ambiente de trabalho [...] impactou muito, no meu ver, positivamente pra nós aqui. A mão de obra nossa hoje é mais qualificada né, a gente dá bastante treinamento, até porque já tem nove anos né, então já se conseguiu fazer um time excelente. A gente sempre fala né, esteja sempre na ponta de cima, nunca na ponta de baixo, porque uma hora ou outra qualquer ventinho tá contra ele. Aí a gente bate muito nessa parte aí, mas em contrapartida a gente tem que dar condições (Empresário 03).

Note-se, portanto, que de modo geral as implicações das mudanças no mundo do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores são relativizadas. Não que não se perceba avaliações dessas mudanças e das consequências (negativas) que delas decorrem para a saúde dos trabalhadores. Mas, no geral, os empresários (representantes das empresas) indicam que estão atentas a essas questões e atuam visando criar condições mais favoráveis aos trabalhadores. Há um distanciamento, nesse sentido, em relação ao quadro de agravamento da saúde dos trabalhadores, amplamente indicado pela bibliografia.

Essas visões, que relativizam os agravos à saúde dos trabalhadores que decorrem das mudanças no mundo do trabalho, como foi indicado a partir do registro das falas dos empresários, estão diretamente ligadas a uma visão acerca da relação trabalho – saúde que fica restrita ao local do trabalho, ao modo como, de alguma forma, as empresas enfrentam situações de risco, atendem às pressões dos trabalhadores e das políticas estatais, buscam adequação às próprias exigências que o mercado coloca sobre essa questão. Não há, nas falas dos empresários, referência quanto às consequências de um processo de insegurança vivenciado pelos trabalhadores, seja pelo desemprego mais presente, seja pela própria insegurança nos empregos. Talvez, nesse sentido, espera-se que todos entendam as mudanças e sejam capazes de estabelecer estratégias de adaptação, como indicado a partir do registro de uma manifestação.

5.1.2 As percepções sobre o trabalho nas empresas e a relação com a saúde

O segundo bloco de questões propôs aos empresários ou representantes de empresários que analisassem se as empresas (que são proprietários ou responsáveis) promoveram mudanças visando criar condições mais favoráveis à saúde dos trabalhadores (“Houve modificações no processo de trabalho desta empresa em função da saúde dos trabalhadores?”).

As respostas a essa questão quase alcançaram unanimidade. Com exceção de dois empresários, os demais indicaram que as mudanças que ocorreram promoveram melhorias nas condições de saúde dos trabalhadores que atuam nas suas empresas.

Dentre os dois empresários que não indicaram que houve melhorias nas condições de saúde de seus trabalhadores, um deles indicou que, na sua opinião, atualmente há uma mudança na cultura dos trabalhadores, que hoje tendem a apresentar mais atestados, enquanto que outro indicou que no seu município os problemas de saúde estão vinculados à precariedade dos serviços que são oferecidos à população. Conforme relato: “Hoje as pessoas não são comprometidas, mudou a cultura das pessoas. Muitas trazem atestado por qualquer coisa” (Empresário 18).

É, não tem muitos casos, a questão é que a saúde no trabalho hoje eu acho bem precária a assistência à saúde, principalmente aqui na cidade a gente tem pouquíssima assistência à saúde. Então geralmente, a gente tem que buscar fora um auxílio né, então é Santa Cruz, é Rio Pardo. Então é isso, afetar diretamente não tenho grandes casos (Empresário 01).

Os demais empresários (representantes das empresas), então, destacaram mudanças que representaram melhorias nas condições de saúde dos trabalhadores que atuam em suas empresas, como pode ser observado no registro das falas a seguir:

Acredito que isso acrescentou até pro bem das pessoas, pro bem do trabalhador porque num termo geral é muito cobrado [...]. Antigamente as empresas cobravam trabalhar, trabalhar, trabalhar, fazer hora extra, aquela coisa, hoje é totalmente o inverso, hoje não pode, então inverteu muito as coisas sabe. Antigamente era muito trabalho, quanto mais trabalhava, mais era reconhecido, agora não, tem que trabalhar menos. Eu lembro que antigamente tu poderia assinar uma advertência por não trabalhar, por menos horas, agora tu assina uma advertência por mais horas, se tem determinado tempo que tu não pode fazer digamos assim mais do que 2 horas extras diárias, se tu fizer isso tu assina uma advertência. [...] a empresa é notificada ou até multada por excesso de trabalho daquele determinado funcionário (Empresário 06).

Se até então a gente não se preocupava com o bem-estar dos funcionários, hoje você arruma luvas, máscaras, tudo coisa pra proteger o funcionário, porque, querendo ou não querendo, a gente precisa tanto dele como ele precisa da gente. Então a gente precisa pensar no bem-estar dele como se fosse a gente que tivesse lá e fazendo esse tipo de trabalho (Empresário 07).

O meu empregado eu acho que melhorou. Porque com as leis que tem hoje o empregado só tem direitos né, você tem que dar 30 dias de férias, você tem que dar um 1/3 pra ele nas férias, você tem que pagar 13º, você tem que garantir um ambiente saudável pra ele trabalhar porque se não o Ministério do Trabalho vem e te ferra mesmo, te arreventa. Hoje, atualmente, o empresário tem que pensar muito bem se ele vai colocar o empregado, porque os direitos do empregado são muito maiores do que o empregador. [...] se você vai colocar uma pessoa por exemplo com 16 anos aqui pra trabalhar na oficina, não pode, dentro da lei não pode né. Mas fazer filho, roubar, assaltar com 16 anos não tem problema nenhum [...] (Empresário 09).

[...] muitos equipamentos de infraestrutura a gente fez adequações junto com a área de segurança, de ergonomia, de saúde, exames mais...algumas áreas requeriam alguns tipos de exames, hoje eles são todos completos, as pessoas... a gente tem tudo junto com a segurança do trabalho, um quadro de lotação, onde cada setor tem suas especificações de ergonomia, o químico, físico, de todas as áreas. Então pra ti usar uma pessoa em outra área, antes de fazer essa transferência ele passa pela área da medicina, onde essa pessoa vai passar com o médico do trabalho dentro da empresa e ele vai fazer a verificação se essa pessoa tá apta a exercer a outra função. Não é porque simplesmente tu precisa de uma necessidade pra cá e colocar... exemplo, nós temos setores que a gente trabalha, como nós somos uma empresa de borracha, trabalha com produtos químicos e outros, e requer alguns exames como espirometria e outros não, que é acabamento, onde tu trabalha só com o final do produto e encaixotamento. Se eu for usar uma pessoa do encaixotamento nessa área, os operadores são multifuncionais pode, mas só poderão com autorização do médico depois dos exames todos feitos e a liberação dele. Eu não posso trocar sem a autorização da medicina. [...] (Empresário 10).

Novamente, nas empresas dos empresários (ou representantes de empresas) que foram entrevistados os problemas vinculados a agravos à saúde, as indicações dos trabalhadores e dos profissionais de saúde acerca das doenças relacionadas ao trabalho (inclusive na região de estudo) não estão presentes. Há uma abstração desses problemas e a ênfase recai no esforço que as empresas fazer ou para melhorar condições que visam controlar agravos à saúde dos trabalhadores, ou então na necessidade de adaptação às legislações (que “protegem os

trabalhadores”), ou, mesmo, aos padrões de avaliação que decorrem da própria existência de ISOs relacionadas à saúde dos trabalhadores.

Importante notar, também, que os resultados das entrevistas realizadas com empresários ou representantes das empresas permitiu constatar que as empresas mostram preocupações maiores com a necessidade de saúde e a segurança no trabalho quando essa situação passa a ser uma condição para a valorização do seu produto mediante o mercado. As empresas que precisam de certificação de qualidade em seus produtos, por exemplo, devem cumprir as normas de saúde e segurança no trabalho. Assim algumas empresas destacam modificações no processo produtivo para adquirir a ISO (“*International Organization for Standardization*” – Organização Internacional de Normalização), conforme entrevista a seguir indicada:” [...] entre 2005 e 2006 que a gente implementou as ISSO [...] as certificações, melhor dizendo [...] tivemos que nos adequar pra poder cumprir também as normas de saúde e segurança [...] fazer o que a lei determina, cumprir a lei” (Empresário 03).

Cabe notar que, ainda em 1946, representantes de 25 países criaram a ISO para padronizar as normas industriais, sendo a Saúde e Segurança no Trabalho (SST) um dos itens tratados como um sistema de gestão que visa, de forma organizada e sistemática a melhoria contínua. A OHSAS (*Occupational Health and Safety Assessment Series*) 18001 é uma norma usada para que esse sistema de gestão funcione, eliminando ou minimizando os riscos identificados para a saúde e segurança no trabalho. Recentemente, diante da necessidade de combater o elevado índice de acidentes e mortes diárias relacionados a acidentes ou doenças do trabalho está sendo discutida a norma ISO 45001 (elaborado pelo Comitê de Projetos ISO PC 283), objetivando auxiliar as organizações a melhorar o seu desempenho em SST. Conforme a organização internacional, o padrão foi projetado para ser integrado em sistemas de gestão existentes e irá complementar aspectos relacionados à segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores (INBEP, 2016).

A implantação da ISO nas empresas não é uma obrigação, mas pode ser uma condição para melhorar a imagem da empresa no mercado. Porém, todas as empresas brasileiras possuem atribuições voltadas para SST, sendo concebidas e orientadas para o atendimento da legislação, o que restringe, em muitas situações, a visão dos gestores para o desenvolvimento de ações adequadas às necessidades de saúde e segurança do trabalho nas empresas. Os Programas desenvolvidos, em geral, possuem baixa efetividade, por razão de privilegiar as situações de risco “que podem ser objeto de fiscalização pelo Ministério do Trabalho e Emprego (apesar de raras) ou gerar algum tipo de passivo, de natureza trabalhista ou reparatória, em detrimento de

outras que podem ser muito mais nocivas à saúde do trabalhador, mas não facilmente perceptíveis” (OLIVEIRA, 2003, p. 4).

Na percepção dos empresários entrevistados, com a automação as empresas foram adquirindo equipamentos modernos, novas tecnologias que também beneficiaram a segurança dos trabalhadores. Além disso, nos últimos tempos houve aumento das fiscalizações do Ministério do Trabalho nas empresas para cobrar maior segurança dos equipamentos, conforme relato: “[...] teve um período com muitos acidentes de trabalho então os equipamentos ganharam travas de segurança” (Empresário 02).

O Ministério do Trabalho e Emprego deve realizar fiscalização nas empresas para que cumpram a NR nº 12 (alterada segundo MTE Nº 857, 2015), que visa definir as referências técnicas e as medidas de proteção para garantir a saúde e a integridade física dos trabalhadores que lidam com máquinas e equipamentos. Entre os métodos de controle a serem adotados está a definição de protocolos e fluxos de trabalho em todas as fases de operação e manutenção das máquinas. Também estão previstos treinamentos de todos os empregados e instalação de sistemas de segurança.

Conforme resultados da pesquisa, além da aquisição de equipamentos e modernização na infraestrutura, diferentes indústrias fizeram adequações na área de segurança, de ergonomia e da saúde; na segurança e ergonomia implementaram mais capacitações e fiscalização para o uso dos EPIs, que inclusive é motivo de demissão, quando não cumprido; na saúde ampliaram o número de exames médicos, clínicos e laboratoriais, conforme a exposição do trabalhador aos riscos, conforme a fala: “Sempre atuamos muito na prevenção, na segurança. Ou usa o equipamento de proteção ou não trabalha. Tem que ser bem radical” (Empresário 14). “Eu trabalho há 39 anos nessa empresa e certamente elas sofreram grandes transformações né, especialmente nessa área das relações humanas, ambiente do trabalho, ergonomia” (Empresário 13).

Importante destacar, também, que algumas empresas, visando alcançar maior produtividade e menor desgaste físico do trabalhador, optaram por modificações nos processos de trabalho, conforme a fala:

Um dia a gente pegou a calcular para ver o tempo que o pessoal perdia andando com o produto de um lado para outro. Daí percebemos que estávamos jogando 30% da força produtiva fora. Então hoje, até se você quiser dar uma volta lá dentro, o pessoal trabalha sempre bem um junto do outro, então praticamente não é as pessoas que caminham, é os produtos que caminham no processo. Aí é tudo bem sincronizado, a gente aumentou aí no mínimo uns 40% da produtividade da fábrica com isso. Agora não tem correria, chega no final da tarde ninguém está cansado, todo mundo trabalha

no mesmo ritmo do início até o fim. E isso daí foi uma das coisas que melhorou [...]. Fiz uma conta de um funcionário que caminhava de 6 à 7km por dia (Entrevistado 05).

Assim, muitas empresas estão efetivamente preocupadas com o aumento da produtividade, com a redução dos custos e dos recursos humanos. Como já mencionado em outros momentos desta tese, atualmente as empresas adotam estratégias de organização do processo de trabalho e da produção que impõem uma cultura de maior competição, o modelo de organização do trabalho cada vez mais competitivo e excludente, tem sido apontado como causador para o adoecimento dos trabalhadores.

5.1.3 As percepções dos empresários sobre a relação entre o trabalhador e sua saúde

Nesta seção são apresentadas informações relacionadas as queixas que os trabalhadores referem em relação a sua saúde e sobre o absenteísmo. As principais queixas dos trabalhadores em relação a sua saúde estão relacionadas “às dores” e, na maioria das vezes (80% dos relatos), em membros superiores. Segundo entrevista: “[...] a principal queixa dos trabalhadores são as dores, dores no corpo, mais nos ombros, braços e pescoço, normalmente é isso” (Empresário 09).

As dores nos membros superiores estão, na maioria das vezes, relacionadas a LER ou DORT, definidos como danos decorrentes da utilização excessiva do sistema musculoesquelético, sem tempo para recuperação. A dor surge em trabalhadores submetidos a determinadas condições de trabalho (BRASIL, 2012). Segundo Dal Magro, Coutinho e Cloo (2013), na maioria das vezes, as dores dos trabalhadores portadores de LER/DORT iniciam de maneira leve e esporádica e com o tempo de exposição aos mesmos riscos ocupacionais, passam a sentir dor permanentemente.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo IBGE, mostrou que em 2013, 3.568.095 trabalhadores referiram diagnóstico de LER/DORT e também é a doença ocupacional mais frequente nos dados da Previdência social (FUNDACENTRO, 2016). Esta patologia é uma das mais importantes causas de absenteísmo nos últimos anos e segundo os dados “estatísticas do Ministério da Previdência Social, de janeiro a agosto de 2015 foram concedidos 34.449 benefícios de auxílios-doença acidentários com diagnóstico de doenças osteomuscular e do tecido conjuntivo, que têm o trabalho como fator desencadeante ou agravante” (HENTGES; POHL, 2017, p. 76).

As queixas relacionadas às dores musculares, principalmente dos membros superiores são discutidas nas indústrias como um problema relacionado a dificuldade dos trabalhadores aderirem as mudanças de comportamento no processo produtivo. Destacam a baixa escolaridade dos trabalhadores como um indicador para a falta de adesão ao autocuidado e a resistência em realizar os rodízios que a empresas propõem para evitar lesões osteomusculares, conforme relato: “Fulano vamos trocar de lugar, e ele diz: não, eu sempre fiz isso aqui, não quero mudar, eu gosto de trabalhar com esta pessoa e não gosto de trabalhar com aquele outro” (Empresário 18).

Nas indústrias se destacam os elevados números de casos de LER/DORT, e isso se deve às exigências das atividades e ao processo de trabalho com longas jornadas, as competições entre os trabalhadores que são induzidos a aumentar a produtividade e buscar reconhecimento para manter-se no emprego. Entre o período de 2007 a 2013, o número de trabalhadores ocupados na indústria em relação às demais atividades econômicas variou em menos de 50% e neste período foram notificados (no Sinan) “17.537 casos de LER/DORT, representando 47,9% das notificações desse diagnóstico” (VIEGAS; ALMEIDA, 2016, p. 4).

Por fim, a segurança e saúde no trabalho (SST) ainda é uma questão mal compreendida, a cultura de muitas empresas brasileiras em relação a esta questão ora promove, ora inibe a implementação de ações que visem promoção da segurança e saúde dos trabalhadores. Os aspectos “culturais ou a forma como as partes interessadas (trabalhadores, empregadores, profissionais do ramo e governo) vislumbram e abordam a questão”. Mesmo que o programa de SST seja bem elaborado é necessária a participação compromissada de todos os envolvidos em suas ações, principalmente dos empregadores, para que os resultados por ele produzidos não sejam limitados. Quando os programas são conduzidos apenas para atender a legislação, acabam privilegiando as situações de risco que estão em desacordo com a Lei em detrimento “de outras que podem ser muito mais nocivas à saúde do trabalhador, mas não facilmente perceptíveis” (OLIVEIRA, 2003, p. 4).

A questão do “ato inseguro como causa do acidente de trabalho” é outro aspecto importante a ser analisado, pois é comum estabelecer o nexos causal dos acidentes levando em consideração apenas o comportamento dos trabalhadores. Mas o que determinou esse comportamento do trabalhador? O que havia de errado no ambiente, nas relações de trabalho e ainda na vida do trabalhador que interferiam, direta ou indiretamente, no relacionamento dele com o todo de seu trabalho, definindo posturas traduzidas em atitudes corretas ou equivocadas. A figura do “Ato Inseguro” – que tanto serviu e continua, em alguns ambientes, servindo para

responsabilizar e até mesmo para culpar trabalhadores pelos acidentes sofridos – não serviu para outra coisa senão para ocultar e, ou mascarar, em algumas empresas, sinais de agravos à saúde do trabalhador e, da mesma forma, distorções na organização do trabalho do que propriamente às finalidades para as quais se propunha, que era estabelecer nexos entre os acidentes ocorridos e suas reais causas. O questionamento em relação à figura do “Ato Inseguro” não se refere ao comportamento do trabalhador, expresso no cometimento de erros no trabalho, mas à parcialidade com que foi utilizado na definição causal dos acidentes. O erro na execução do trabalho, embora indesejável, é passível de ocorrer e todos, indistintamente, nele podem incorrer (OLIVEIRA, 2003, p. 6).

Se considerar o agravo sofrido pelo trabalhador somente no aspecto comportamento, definindo-o como negligente ou imprudente, sem levar em conta as condições físicas do ambiente e a organização formal ou informal do trabalho, não será possível identificar as reais causas. A forma como a empresa organiza o processo de trabalho e as próprias limitações do trabalhador devem ser consideradas, o que mostra que não basta treinamentos para se obter um resultado efetivo em SST.

As entrevistas realizadas com os empresários (representantes das empresas) mostraram que algumas empresas estão preocupadas com a prevenção dos agravos à saúde dos seus trabalhadores, destacando que, atualmente, não desenvolvem LER/DORT em função das adequações realizadas nos maquinários, nas avaliações constantes em postos de trabalho e as atividades de ginástica laboral. Também mencionam que somente os trabalhadores mais antigos possuem esta doença, segundo relato: “Os funcionários que começaram a trabalhar aqui de 15 a 20 anos atrás, os funcionários bem antigos ainda têm reclamações por esforço físico, alguma tendinite, LER e a empresa tenta adaptar elas no serviço mais fácil e de menos esforço físico” (Empresário 10).

Apesar de muitos estudos apontarem a baixa efetividade dos PSST, em função de estarem direcionados para o atendimento à legislação, muitas empresas enfatizaram a importância da prevenção, destacando ser a principal estratégia. Segundo Oliveira (2003, p. 4), a postura das empresas em relação a SST vem modificando progressivamente, sendo consideradas como “parte integrante do sistema produtivo, recebendo dos dirigentes das empresas o mesmo valor conferido aos itens de produção, por exemplo, e administradas por quem dispõe de poderes para intervir nos processos produtivos – o corpo gerencial da empresa”. Algumas empresas apontam a dependência do álcool como um problema de saúde dos funcionários, segundo a fala: “Mas a gente também tem problemas aqui com álcool né, então a

gente monitora esse pessoal direto, porque o alcoolismo não é um problema isolado, ele é uma doença assim como as outras drogas” (Empresário 09).

O alcoolismo e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) são patologias comumente encontradas na população masculina e a prevenção tem sido um grande desafio, “particularmente, em regiões mais pobres, onde o uso excessivo de bebidas alcoólicas parece fazer parte do comportamento masculino” (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005, p. 44). No que se refere ao alcoolismo, os dados do INSS demonstram que esta doença é responsável pelo maior número de auxílio-doença concedidos, com um aumento de 19% nos últimos quatro anos, passando de 12.055, em 2009, para 14.420, em 2013. A OIT destaca o alcoolismo como responsável por 50% das faltas dos trabalhadores, além de aumentar o absenteísmo demonstram queda na produtividade. Diante desse problema de saúde, segundo Guimarães e Grubits (2003), as empresas têm gerenciado a questão do alcoolismo entre os funcionários por meio de programas educativos, demonstrando uma preocupação diferente com a doença. A relação da empresa com o trabalhador se modificou, inclusive pode-se perceber que a maioria das empresas criou um departamento de recursos humanos.

Em relação ao absenteísmo, este, na maioria das empresas, não ocorre. As empresas de pequeno porte costumam ter uma relação muito próxima dos funcionários e costumam negociar o dia de falta, conforme as falas: “Se negocia muito com eles, ‘ah preciso faltar’ aí se sugere para trabalha um pouquinho mais antes do turno de trabalho, mais depois [...] pra não faltar “ (Empresário 05).

Aqui a gente se conhece, todos se conhecem, quando tu tens uns problemas é ‘ah, é assim: eu tenho que levar minha esposa ou filho no médico e como eu posso recuperar esse dia? tu desconta das minhas férias’, alguma coisa assim. A gente tem uma negociação muito boa com isso (Empresário 07).

Outro grupo de entrevistados entende que os motivos para ocorrer o absenteísmo devem ser eliminados e para isso, utilizam estratégias punitivas como os cortes dos benefícios. A maioria das empresas oferecem prêmios mensais para os trabalhadores não faltarem ao trabalho, como uma cesta básica e desconto no próprio estabelecimento comercial que atua, como registra o seguinte empresário:

O nosso absenteísmo é baixo [...] a gente dá para o colaborador uma sacola econômica [...] para aquele que não falta, que não coloca atestados e não chega atrasado [...] hoje uma sacola econômica custa em torno de 200 reais. Nós damos 10% de desconto em todas as mercadorias do supermercado aqui [...] então se tu fez um rancho no mês de 500 reais, tu tem o desconto de 10%. Se faltar durante o mês, esse desconto não acontece (Empresário 11).

As consequências do absenteísmo para a empresa envolvem os custos diretos e também os indiretos, representados pela diminuição da produtividade, da qualidade do serviço, problemas organizacionais, elevação do custo da produção, entre outras. O aumento da desmotivação e as frequentes faltas ao trabalho dos colaboradores impactam no baixo desempenho, queda na produtividade e no aumento dos custos. Assim, as empresas têm desenvolvido programas motivacionais, oferecendo benefícios aos colaboradores (SILVA, 2014). Segundo Oliveira et al. (2016), a intenção da empresa que adota um sistema de benefícios é incentivar e manter motivados seus colaboradores, sendo assim, o empregado que recebe recompensa financeira (bônus, prêmios, plano médico, participação nos lucros da empresa, etc.) sentem-se mais satisfeitos, melhorando a autoestima e o rendimento no trabalho.

As causas do absenteísmo estão associadas ao elevado número de funcionários na base da pirâmide, ampliando a falta de oportunidade, o próprio stress do funcionário que precisa cumprir as suas tarefas e do colega que faltou ao trabalho, contribuem para a desmotivação e a busca de novas oportunidades no mercado de trabalho. Assim, as empresas têm adotado estratégias gerenciais de valorização do trabalhador, buscando dentro da empresa lideranças e pessoas com potencialidades para assumir cargos mais elevados, bem como criando espaços de convivência (com TV, jogos, poltronas confortáveis) dentro da empresa para proporcionar maior conforto nos intervalos. Apesar de buscar melhorar os investimentos em novos métodos de gestão e em tecnologias para área de produção, continuam com o foco no desenvolvimento de pessoas para obter melhores resultados (SILVA, 2014). Algumas empresas utilizam as faltas ao trabalho como justificativa para demissões e para os safristas, a garantia de que não serão chamados para trabalhar na próxima safra. Também descontam o dia não trabalhado, conforme relatos: “[...] quando eles faltam a gente desconta na folha de pagamento” (Empresário 15). “Já se corta pela raiz quando começa a faltar. Quando o funcionário realente está doente é diferente” (Empresário 16). “[...] esse que colocam muito atestado não estão mais aqui, a gente identifica e desliga né. Mas com o resto da fábrica em si a gente consegue fazer uma negociação boa” (Empresário 05).

Em anos anteriores, nas empresas maiores, principalmente aquelas que possuem contratos de trabalho sazonais, referiram que os trabalhadores faltavam muito ao trabalho. Na região de estudo, a maioria dos trabalhadores safristas são fumicultores e nos meses do plantio ou colheita do fumo dependem da mão de obra familiar para cumprir as tarefas, segundo a fala:

Antigamente acontecia muito, a rotatividade era imensa [...] já trabalhavam na agricultura principalmente no fumo como donos da plantação ou trabalhavam como peões para outras famílias e a gente sofria muito com o absenteísmo na época da

colheita [...] principalmente na época de novembro a março (Empresário 02).

Os empresários destacam que a partir do momento que efetivaram os trabalhadores safristas, diminuiu o absenteísmo: “[...] quando a gente passou a evitar os contratos temporários, os safristas, as pessoas também pararam de adoecer tanto de LER [...] acho que se acostumam mais com a rotina da empresa” (Empresário 09). “[...] depois que a gente parou de trabalhar com safristas, melhorou muito porque as pessoas têm a sua estabilidade” (Empresário 10).

Estudo realizado em um dos municípios desta pesquisa mostrou que o trabalho em safra no beneficiamento do fumo articula-se com as discussões sobre precarização no trabalho e tempo. O trabalho por safra traz sofrimento para os trabalhadores, que se sentem desmotivados, inseguros, desvalorizados diante da condição precária e provisória de trabalho. A autora destaca que a desmotivação é percebida já na admissão do trabalhador, por não possuir opções de emprego efetivo, que é o desejo da maioria. “A busca por um emprego fixo permanece mesmo no tempo da safra”. As limitadas oportunidades de trabalho para os indivíduos com baixa escolaridade mobilizam os trabalhadores para retornar no próximo ano e, esta condição é entendida pelos trabalhadores como um mérito individual, presente na lógica do discurso da empresa pelo bom comportamento, pela participação nos treinamentos, o uso de EPIs entre outros (FREITAS, 2002). Por fim, estes resultados destacam e os autores comprovam que o absenteísmo deixa de ser um problema quando os trabalhadores se sentem valorizados.

5.1.4 As políticas adotadas pelas empresas em relação à saúde dos trabalhadores

Quando foi perguntado aos empresários (ou representantes dos empresários) se suas empresas tinham ações relacionadas à saúde dos trabalhadores, a maioria dos entrevistados afirmou que sim.

As empresas de pequeno porte, no entanto, tendem a terceirizar o serviço de saúde ocupacional, não cumprindo integralmente as normas regulamentadoras que tratam dos programas preventivos; e consideram, não raras vezes, meros atos burocráticos de exames admissionais, periódicos e demissionais, conforme a fala: “[...] não temos esses programas, mas a gente compra luva e capacete” (Empresa 04). “A gente na verdade, pra te dizer assim isso é contrato de fachada. A gente faz os exames, essa parte [...] a gente usa essas empresas praticamente pra exames admissionais e demissionais né” (Empresa 11).

A gente não tem nenhum programa específico, mas a gente tem mais ou menos uma

base do que eles necessitam e fornece né [...]. Então, eu não tenho nenhum programa específico, mas assim a gente tem na expedição ali tem o pessoal que trabalha com serra, trabalha com caminhão, com outros equipamentos, então a gente fornece os equipamentos de proteção né, que eles necessitam ali nessa questão e assim no mais não tem (Empresário 01).

Os programas de SST estão diretamente vinculados à cultura da empresa. As empresas que seguem um modelo em que as tarefas são descritas como Procedimento Operacional Padrão (POP), embasada apenas no que é desejável e não no que é necessário, desvinculando o treinamento das dificuldades que os trabalhadores encontram para executar a prescrição, não serão efetivas (OLIVEIRA, 2003, p. 11). Essa questão ficou evidenciada em diferentes manifestações dos empresários (representantes de empresas), que afirmaram que suas empresas têm ações vinculadas à saúde dos trabalhadores, mas que cumprem o que é a lei:

Isso, a gente faz isso sim, até porque foi obrigado, era lei, mas mesmo assim era uma das coisas que a gente sempre tinha assim um certo cuidado, porque na verdade, muitas vezes, se um funcionário se machuca é ruim pra empresa também né, porque ele fica fora e não tá rendendo para aquilo que ele está aí né. Então a preocupação nessa parte assim é muito grande, mas mesmo assim, esses projetos aí a gente já tá adequado e até temos uma empresa de Santa Cruz que nos dá essa assistência (Empresário 07).

Isso tudo a gente trabalha bem a risca da lei, tanto que é uma diretriz da empresa não ter ou diminuir ao extremo o passivo trabalhista, então todas as diretrizes que são dadas pelo ministério do trabalho, de PCMSO, PPRA, CAT, então tudo a gente faz de acordo com a legislação. Nós temos uma empresa, a UNIMED, que ela faz esse programa pra nós, uma vez ao ano eles vêm aqui ou sempre que necessário, e fazem todas as análises físicas do ambiente, pra dizer se aquele ambiente é insalubre ou não é insalubre, se mudou o grau de insalubridade, ou se não tem mais insalubridade, e quais os EPIs aquele colaborador tem que usar também né. Outra questão que a gente também fomenta e trabalha assuntos diversos e até é norma da NR 5, a CIPA, são a semana da SIPAT. Então a gente traz palestrantes dos mais diversos tipos, com os mais diversos assuntos, e também traz empresas pra fazer trabalho motivacional, porque nesse ano a gente teve uma empresa foi pra cá [...] que veio e trouxe um tema que “a vida não tem conserto” e fez uma dinâmica, colocou as pessoas em cadeiras com rodas, cadeiras de escritório com rodinhas né, e simulou como se eles fossem cadeirantes, pra eles sentirem a dificuldade que é ser cadeirante, ao mesmo tempo vendou os olhos de outros colaboradores pra eles verem como é difícil ser cegos e isso tudo atrelado ao comportamento dele no trabalho, ao comportamento dele na rua, mostrar pra eles que o fato deles serem trabalhadores antigos ou não os exime de cuidarem a risca a questão as segurança [...] Mas a gente também tem problemas aqui, um caso específico, com álcool né, então a gente monitora essa pessoa direto né, porque o alcoolismo não é um problema isolado, ele é uma doença, assim como as outras drogas, [...] só que é difícil, e aí eu falo em termo dos diretores entenderem que é uma doença, isso não é um problema dele [...]. Então são coisas que a gente tem que tá trabalhando e esses temas a gente traz aqui pra dentro, a gente fomenta. Então como tem essa cultura de integração, da gente se reunir bastante, pode se tornar repetitivo, mas eu brinco seguido com eles, “aqui a gente faz o trabalho da formiguinha, todo mês eu vou lembrar vocês, todo mês eu vou lembrar vocês, todo mês eu vou falar a mesma coisa, todo mês eu vou trazer fotos, eu vou trazer vídeos, eu vou mostrar pra vocês, pra vocês não esquecerem, que tem que se cuidar, que tem que fazer a coisa certa (Empresário 10).

O apoio da direção, da área de Recursos Humanos e a participação dos trabalhadores na gestão da SST é determinante para o sucesso desenvolvimento do programa de SST. Estudo realizado sobre gestão da segurança e saúde no trabalho destaca que as principais dificuldades para o efetivo desenvolvimento da SST está relacionada à dificuldades na comunicação, principalmente entre os níveis hierárquicos da empresa, a limitada participação dos funcionários, o planejamento das ações distantes das reais necessidades da empresa, a falta de avaliação de desempenho do programa “e não estabelecimento da segurança como um dos objetivos estratégicos da empresa” (OLIVEIRA; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2010, p. 489). As empresas entrevistadas destacaram a importância da prevenção e o desenvolvimento das ações de saúde além dos programas preventivos exigidos pelo governo, conforme fala: “Outra questão que a gente também fomenta e trabalha assuntos diversos não somente na SIPAT [...] traz palestrantes dos mais diversos tipos, com os mais diversos assuntos e, também, traz empresas pra fazer trabalho motivacional “(Empresário 09).

Tem SESMT completo com médico, enfermeiro, técnico de segurança [...] além disso nós temos uma consultoria de uma empresa especializada para ajudar as pessoas que passam por problema de alcoolismo e uso de drogas, pra recuperação [...]. Então quando a gente fala que a gente vai trabalhar com as pessoas não estamos pensando só no grau de risco da empresa e sim na saúde do trabalhador (Empresário 11).

Cabe notar que, com o aumento da competitividade entre as empresas, “o investimento em projetos que possam aumentar suas chances de sobrevivência tem sido destaque”. Desde a década de 1980, pesquisadores e empresários tem buscado considerar a cultura organizacional como parte importante no processo de mudanças, assim, “muitas organizações têm mostrado um interesse crescente no conceito da cultura de segurança como um meio de reduzir os riscos de acidentes e incidentes” (OLIVEIRA; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2010, p. 483). As mudanças na cultura e mentalidade das empresas tem contribuído de maneira favorável na implementação de ações e, ou programas de QVT”. A promoção de ações de saúde no trabalho vem sendo utilizada pelas empresas para “desenvolver e manter a motivação e o comprometimento dos trabalhadores, resultando em inúmeros benefícios (ALVES, 2011, p. 60).

Portanto, mudar a cultura organizacional e da saúde e segurança no trabalho envolve mudança nas pessoas que fazem parte desse processo. Em muitas empresas, os trabalhadores aprendem a conviver com os programas de mudanças, sem de fato mudarem a si mesmos. O processo de mudança só ocorre quando as pessoas participam, implementam e são impactadas pelas mudanças (DUCK, 1999). A baixa adesão dos trabalhadores aos programas preventivos, as mudanças nos processos de trabalho e o uso de EPIs aparecem como um problema nas empresas, conforme entrevista:

Nós temos aqui um pessoal, uns funcionários que tem um nível de escolaridade menor [...] estão aqui há anos e tem uma mente um pouco mais fechada, então é difícil de aceitarem mudanças, de participar da CIPA e outras questões” (Empresário 15).

A ideia de prevenção está diretamente relacionada com todo o processo produtivo da empresa, pois os entrevistados mencionam que a mudança da cultura organizacional vem sendo desenvolvida nos últimos anos e tem apresentado resultados positivos tanto para a segurança e saúde dos trabalhadores como para as questões financeiras das empresas:

A gente tem investido muito em prevenção, esse é o caminho [...] e a lei nos mostrou isso. Apesar de sempre acreditarmos que [...] se um funcionário se machuca é ruim pra empresa também né, porque ele fica fora e não estará rendendo para aquilo que ele se propõe. Então a preocupação nessa parte assim é muito grande (Empresário 07).

[...] a prevenção serve para tudo aqui [...] inclusive para nos preparar para a crise [...] para você ter uma ideia [...] nessa crise a gente teve mais lucro que no ano passado [...] já esperávamos essa crise. Temos que estar preparados e a prevenção sempre será parte importante nesta empresa (Empresário 10).

Diante disso, as empresas maiores avaliam as ações de saúde e segurança de forma positiva, entendendo que deva acontecer de maneira compartilhada e que faça sentido para todos. Já as empresas de pequeno porte apresentam dificuldades econômicas para investir na segurança e saúde de seus trabalhadores. Além de mencionarem que os investimentos financeiros são altos para que se tenha saúde e segurança no trabalho, a falta de conscientização e qualificação profissional foram apontadas com grande dificuldade pelos empresários. De maneira geral, mesmo que os empresários compreendam a importância dessa temática, muitas vezes, não possuem condições financeiras para cumprir com as exigências legais, conforme a fala:

A saúde do trabalhador é importante, mas os investimentos são muito altos e pesados [...] a empresa não tem condições financeiras de investir pra fazer a NR 12, por exemplo, que é o que o Ministério do Trabalho está cobrando direto [...] é a questão da segurança do equipamento (Empresário 18).

Também foi verificado que as empresas que mantêm uma estratégia de distanciamento entre a gerência e os trabalhadores demonstram maior fragilidade nas relações. A gestão de uma estrutura horizontal não pretende acabar com a hierarquia, mas promover maior agilidade ao trabalho, com maior participação das pessoas, favorecendo a livre circulação da informação, conforme a fala:

[...] a empresa trabalha hoje num sistema diferente que é um sistema de colegiados e facilitadores, dentro desse grupo fazem a avaliação junto com toda a área do SESMT, ainda continua o diretor geral que também faz todas essas avaliações... trabalhamos com indicadores para comprovar as melhorias [...] diminuir acidentes e doenças do trabalho (E10).

As empresas maiores, que possuem SESMT, costumam ser avaliadas com maior frequência pelos coordenadores da empresa e tendem a receber com maior frequência visitas de técnicos vinculados ao Ministério do Trabalho. Pôde-se perceber que as fiscalizações do Ministério do Trabalho acontecem somente nas empresas entrevistadas de grande porte, conforme a fala:

[...] nós recebemos fiscalização do Ministério do trabalho. A matriz tem um grupo de auditores que fiscaliza toda parte do trabalho, padronização de equipamentos, que isso é muito importante [...] a proteção de equipamentos para não ocorrer nenhum tipo de acidente. Hoje a gente se vangloria dessa baixa taxa de acidentes e estamos com mais de 800 dias sem acidentes de trabalho (Empresário 02).

No Brasil, compete ao MTE, entre outras atribuições, a aplicação de sanções previstas em normas legais e as ações de segurança e saúde no trabalho, mesmo que haja sobreposição de atribuições com o MS e o MPS. É atribuição do MTE a regulamentação, a atualização das normas SST e a inspeção dos ambientes laborais. No MTE, a fiscalização de SST é realizada exclusivamente pelos auditores sociais do trabalho, sendo responsáveis por “verificar outras exigências trabalhistas tais como a formalização do contrato, jornadas, períodos de descanso etc. Desse modo, a apresentação que se segue refere-se em grande parte à inspeção trabalhista como um todo, e não apenas à realizada na área de SST” (SANTOS, 2012, p. 38).

Diante do reduzido número de auditores, os fiscais do MTE dão preferência às empresas com risco elevado, de grande porte ou por causa de denúncias, que pode ocorrer por parte do sindicato, funcionário ou outros. Atualmente, a fiscalização no Brasil conta com o e-Social, projeto do governo federal que visa substituir os sistemas antigos de envio de informações referentes à situação trabalhista dos colaboradores. O eSocial objetiva unificar o envio das informações, que ocorriam separadamente em cada órgão competente. Este sistema de informação irá ligar em uma única informação todas as questões relacionadas à remuneração de cada colaborador, “atrelando todos os órgãos responsáveis, tais como Receita Federal do Brasil (RFB), Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), Caixa Econômica Federal (CEF), Ministério do Trabalho (MTE) e Justiça do trabalho” (SANTOS, 2012, p. 52).

Dentro dessa preocupação em entender as ações que as empresas desenvolvem, também foi perguntado aos empresários (representantes das empresas) quais desafios que suas empresas se colocavam em relação à saúde de seus trabalhadores. Nessa direção, um grupo de

empresários afirmou que há problemas por parte do Estado, por oferecer uma assistência à saúde precária e cobrar elevados encargos sociais, destacando a necessidade de melhorar a assistência à saúde. Alguns mencionaram não ter condições de oferecer um plano de saúde para os seus funcionários e não basta ter saúde dentro da empresa, é preciso que o trabalhador e sua família tenham assistência à saúde por parte do governo:

É preciso melhorar a saúde pública, a gente é muito carente de auxílio a saúde, de atendimento, então a gente conta só com o plantão, que atende só à noite e no posto nunca tem ficha. O posto deveria atender a noite também, pelo menos as vezes. Para manter um plano de saúde para o funcionário é muito caro e o governo não nos ajuda em nada (Empresário 01).

Olha, pra te dizer a verdade, desafios seriam aqueles que são comuns da gente tentar fazer algo a mais pra eles. Que nem eu comentei, um desafio grande que eu sempre tinha, sempre tinha, era de querer ver se conseguia ou nós fazer uma negociação com um plano de saúde pra eles né, isso era uma das coisas que eu, várias vezes, já contatei a UNIMED, até, às vezes, vem empresas de fora que acabam, às vezes, nos tentando vender um plano de saúde, alguma coisa. Só que assim, é mais um custo né. Então, vamos dizer assim, o meu desafio seria hoje, o meu objetivo maior hoje seria esse né, já que o governo não nos dá essa assistência que a gente precisa, esse seria meu maior desafio, que eu tento né (Empresário 07).

Nesta análise, percebe-se que os empresários demonstram preocupação com a saúde de seus funcionários por não oferecer um plano de saúde, com uma ideia fortemente direcionada ao modelo biomédico, a saúde em âmbito curativo. Por outro lado, demonstram insatisfação com a limitada assistência à saúde oferecida pelo sistema único de saúde para os seus trabalhadores. O SUS prevê além da recuperação da saúde, ações de “prevenção”, “promoção” e “proteção” da saúde para todos os cidadãos brasileiros, previsto desde a institucionalização da Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Sabe-se que o Sistema de atenção à saúde deve responder às necessidades de saúde do usuário, de acordo com a situação de saúde da população, o que inclui as práticas preventivas.

Conforme previsto na legislação do SUS, a atenção à saúde deve estar estruturada em uma rede regionalizada e hierarquizada, que continua sendo um dos seus principais desafios, principalmente frente a situação de desigualdades no perfil sanitário e à desassociação entre as necessidades de saúde e o acesso à rede de serviços necessária ao atendimento integral. “No cenário atual, a criação de Regiões de Saúde está subordinada à pactuação entre o governo estadual e os governos dos municípios que compõem cada região e a acordos horizontais entre os secretários municipais de saúde” (DUARTE et al., 2015, p. 1164). Para tanto, o Decreto 7508/2011 (que estabeleceu as Regiões de Saúde), esclarece que cada região deve oferecer serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e, por fim, vigilância em saúde. Em relação à hierarquização, as

portas de entrada do SUS são: de atenção primária; de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial e, ainda, especiais de acesso aberto.

Outro grupo de empresários, no entanto, destacou como dificuldade a forma como os sindicatos atuam:

Meu problema maior aqui é o sindicato. Até 3 anos atrás o sindicato era em Santa Cruz e não tinha sede aqui [...] depois que o sindicato veio começaram a sediar os funcionários [...] eu tinha uma ação trabalhista antes e depois que eles vieram devo ter hoje aqui umas 20 a 30 ações trabalhistas. Infelizmente eles prometem para o funcionário que vão ganhar ação de 30 ou 40 mil reais [...] ai as pessoas se iludem né [...] e a pessoa fica marcada (E2).

[...] uma coisa que tem aqui no Rio Grande do Sul é muita ação trabalhista, então a gente tem 7 mil funcionários e fazendo o cálculo tinha 130 ações trabalhistas no grupo inteiro, 60 era aqui no RS [...]. As pessoas sempre acham que estão sendo exploradas, que trabalham demais, veja só (E5).

Há referência, ainda, de que as empresas não têm uma cultura empresarial comprometida com a saúde dos trabalhadores. Manifestação dessa natureza apareceu nas falas de gerentes, que indicaram que, por um lado um desafio é “convencer” as empresas para que levem mais a sério a necessidade de ações que visem evitar acidentes e melhorar a saúde dos trabalhadores; e que, por outro lado, um desafio é fazer com que os trabalhadores tenham maior atenção e maior cuidado, evitando-se assim acidentes no trabalho.

Eu posso dizer que a gente tem dois vieses né, primeiro fazer com que a direção entenda que a saúde do trabalhador é importante, porque somos alguns né, remando em duas direções. Primeiro, entendendo o lado da empresa, porque os investimentos são muito altos e pesados, em termos de segurança do trabalho e segundo lado, o do colaborador, mas ai ambos os lados tu pode desdobrar um pouco mais né, a empresa não tem condições financeiras de fazer de investir pra fazer a NR 12 que é o que o Ministério do Trabalho está batendo direto em cima agora, a questão da segurança do equipamento, da segurança da segurança do equipamento né. É criar meios que o trabalhador tente se machucar, mas que ele não consiga, que ele tente enfiar a mão lá, mas ele não consiga. Isso são investimentos muito maciços, muito mesmo, então é difícil da direção entender isso. Então nossa dificuldade é essa, fazer com que eles entendam isso que é necessário, que é uma questão legal e que é preciso para daqui a pouco não ter uma linha inteira parada ou partes da empresa parada ou até mesmo fechar né (Empresário 10).

5.1.5 As concepções sobre a Política Pública da Saúde do Trabalhador

Por fim, as entrevistas realizadas com os empresários (representantes das empresas) procuraram investigar não somente o conhecimento que os mesmos tinham em relação às políticas públicas de saúde dos trabalhadores, mas, também, suas avaliações acerca da atuação do Estado no campo da saúde dos trabalhadores.

Em relação à primeira questão, a grande maioria revelou que não conhecia nenhuma política pública de saúde dos trabalhadores: “Não ouvi falar” (Empresário 06); “Não” (Empresário 07); “Não conheço” (Empresário 01).

Note-se, inclusive, como já foi indicado nesta tese, que as políticas públicas de saúde dos trabalhadores na Região 28 de Saúde, conforme documentação analisada e entrevistas realizadas com trabalhadores da saúde que atuaram diretamente no processo histórico de construção dessas políticas, não contaram com a participação dos empresários. Foi resultado de uma construção histórica em que os principais sujeitos foram os próprios trabalhadores de saúde, funcionários públicos, intelectuais e militantes na saúde dos trabalhadores vinculados a instituições universitárias. A pesquisa não explorou as razões da não participação dos empresários nesse processo histórico, mas, ainda que com os limites das informações alcançadas, é possível afirmar que o interesse do empresariado em discutir essas políticas é muito pequeno. As ações vinculadas à saúde dos trabalhadores são, de modo geral, entendidas como de esfera privada, articuladas a partir das empresas, não raras vezes de forma contrariada, dado que o Estado obriga as empresas a essa articulação.

Importante notar, inclusive, que os empresários (representantes de empresas) que afirmaram que conhecem políticas públicas de saúde dos trabalhadores indicaram claramente ceticismo quanto a essas políticas, afirmando, inclusive, que essas políticas tendem a criar problemas para as empresas. A fala a seguir é ilustrativa:

Sim, como a gente trabalha com gestão de pessoas, a gente é obrigado a conhecer né, a gente tem que tá por dentro disso tudo aí. Hoje o que a gente enxerga [...] que as políticas de saúde do colaborador, boa parte dos governantes ela tá sendo arrojada pra diminuir os gatos públicos né. Hoje o trabalhador que realmente necessita ficar afastado, isso é comprovado pelo médico de trabalho da empresa, muitas vezes ele chega no INSS e o perito lá diz que ele não precisa e o coitado do cara fica no meio do caminho. A gente empurrando pra lá e eles empurrando pra cá. Então a gente conhece as políticas e entende que elas não são bem aplicadas. Na verdade, elas são, mas pro lado dos governantes, pro lado da gestão pública, que é diminuir custos. Hoje, recentemente, tipo semana passada, saiu um informe, que o prazo máximo de afastamento do trabalhador tem que ser de 120 dias né. Eu tenho pessoas aqui pessoas que estão há anos afastadas e que não têm condições de retornar. Eu tenho um colaborador que tá cego, ele tá fazendo cirurgias pra ver se melhora, imagina esse cara só com 120 dias. Vai fazer o que aqui? Sendo que a empresa já cumpre a cota dela de PCDs né. Então não tem o que fazer. É aquela história de pra que encher o saco de pedra pra carregar, vai ser mais pesado, então quanto menos pedras tu tiver no saco, melhor vai ser de carregar. É o que o governo tá tentando fazer, mandar esse pessoal de volta pra cá, e tirar um problema que é dele e passar pra a empresa, sendo que o colaborador tem todo o mês descontado os 8% de INSS dele que é pra cobrir esse período que ele precisa tá afastado. Isso é uma questão social grave, e que infelizmente, diante da situação econômica que a gente vive no país hoje, onde a carne é cortada forte em cima do trabalhador, forte em cima da empresa e menos na gestão pública né, a gente vê um movimento enorme dos governantes, uma cobrança enorme em cima da população em termos de tributos e a reversão desses tributos não é na mesma proporção. Se a gente tivesse transporte de qualidade, educação de qualidade,

saúde de qualidade, eu não precisaria pagar pra mim e pra minha família 800 reais de plano de saúde né, então pra quê se eu já pago os impostos lá? [...]. Aí ele vai cair num SUS da vida, e aqui a gente ainda é melhor porque a gente tem hospital regional né, então vem muita verba pra cá, ainda tem esses recursos, ainda tem, e olha, pelo o que a gente escuta o pessoal falar, não é tão bom assim, é bom, perto do que a gente acompanha na mídia é bom, mas ainda poderia ser melhor. Mas aí é questão política né, eu brinco muito lá com meus colegas de faculdade, que o Brasil só vai pra frente quando os administradores assumirem o governo, a gente vai olhar o Estado como empresa e não como uma vertente de dinheiro pra subsidiar esse cara aí (Empresário 10).

Essa manifestação do representante da empresa é ilustrativa, também, da visão que predomina entre os empresários (representantes de empresas) entrevistados sobre a participação do Estado na construção de políticas públicas de saúde dos trabalhadores. Prevalece, claramente, uma visão “neoliberal”, fundamentada por uma noção (de senso comum) de que o que é estatal tende a ser ineficiente e oneroso à iniciativa privada.

Isso é tão difícil né, porque na verdade o Estado, o governo, ele falha, ele tem muitas falhas eu acho sabe, num todo assim. Inclusive na saúde, como não é uma empresa privada é uma empresa pública, então acho que tem pessoas que são mais beneficiadas e outras menos beneficiadas, então eu acho que devia existir menos desigualdade dos benefícios. Porque existe muito favorzinho (Empresário 06).

Avaliação, olha o que que eu vou te dizer, eu vejo assim, vamos pegar a situação do SAMU, que foi uma criação entre governo federal e governo estadual e era alguma coisa que deveria de ficar, vamos dizer, a parte financeira, pelo menos é o que eu sei, ela deveria de ficar sob responsabilidade do governo estadual, e a gente tá vendo que ele, governo estadual, tirou fora e colocou pros municípios “não, porque eu vou te mandar financeiramente, vou te mandar esse dinheiro”. Então o que eu vi acontecendo no meu município, o município teve que assumir, porque ele assumiu perante o governo federal pra receber as ambulâncias, alguma estrutura em si na parte da saúde, e atirou pro município, “te vira que nós vamos mandar o dinheiro”, só que assim, é a mesma coisa que nem no SUS, nos hospitais “ah, o governo federal através financeiramente vai mandar dinheiro pra nós mantermos isso”, só que não ta fazendo isso, o valor que manda eles não conseguem se manter com isso. E no samu tá acontecendo a mesma coisa. Então na verdade, vamos dizer, “ah não, nós vamos criar projeto, foi colocado [...] está aí, tá funcionando”, só que daí responsabiliza o município, e quando vê os valores daqui a pouco são muito pouco que são mandados, e o próprio município não consegue manter com o dinheiro que tá sendo mandado pelo estado. Então eu vejo assim, que são coisas que são criadas e na verdade eles sabem que é bom, e tem que ser feito, mas depois acaba deixando responsabilidade com o município, por isso que muitas vezes, os municípios são assim. Aqui no nosso município o que que acontece, se não é o município ajudar o nosso hospital, já estaria fechado há muito tempo, ele não consegue se manter com o dinheiro que vem do governo federal através do SUS. Então eu vejo assim que o Estado, tanto o Estado em termos federal como estadual, não tão conseguindo cumprir, eles obrigam o município a ter, mas depois não conseguem dar a parte de dinheiro, de sustento, pra manter isso né (Empresário 07).

A gente, não sei se tem certo ou errado, mas a gente vê diariamente o que é noticiado e tal, o trabalhador muitas vezes necessita do governo né, no caso é o SUS, que na verdade a gente paga por causa dos nossos impostos, mas o retorno muitas vezes deixa a desejar né. Eu acho que tá totalmente defasado essa questão do SUS assim, alguns aqui eu acho [...] Antes eles iam até o centro, agora quando precisa de alguma coisa que não é tão grave, vão ali. Pra nós aqui não tá tão complicado essa questão, mas na questão geral, é só ligar a TV né, que tu vê [...] (Empresário 01).

[...] só fiscalização e bem forte, principalmente por denúncia. Estão bem rigorosos, lacram a empresa, auxiliar não. Somos obrigados hoje a ter 5% de todos os funcionários – temos que contratar menor aprendiz – pagamos meio salário – procuramos dar preferência para filho de funcionário. 3% de deficientes – procuramos menor grau (Empresário 18).

Eu não vejo nenhuma, nenhum, nada direcionado para o trabalhador, vejo tudo muito geral e realmente faz falta né. Daqui a pouco até uma ginástica periódica, sei lá, alguma coisa, uma prevenção né, que tenha alguma coisa mensal ou semestral, sei lá, pra poder fazer esse auxílio ao trabalhador, é muito importante. Que não tem, eu não vejo nada direcionado específico assim né, não conhecia até essa política. E às vezes não há interesse até do profissional de saúde né em querer desenvolver isso daí, então daqui a pouco falta esse empenho do governo em estimular essas pessoas né, dá um incentivo nessas políticas que tem aberta né pra ser trabalhada (Empresário 01).

Olha pra mim aqui é zero, todos nós aqui temos plano de saúde particular da Unimed, tudo que a gente precisa aqui a gente vai no particular. Algumas coisas as vezes vem, mas é campanha nacional. Combate ao câncer, combate ao câncer de mama, câncer de próstata, aí a gente se engaja junto com o pessoal também. Mas de tá vindo aqui vindo fazer um trabalho de ação preventiva, nunca. Faz quando a gente solicita alguma coisa né, tipo assim nem que a semana da SIPAT né, a gente solicita, mas como a gente conhece as pessoas específicas lá né, as enfermeiras, as vezes um médico, um psicólogo... a gente vai nessas pessoas pedindo pra fazer uma palestra pra nós aqui. Mas não de sendo pró ativo da parte deles, sempre é da nossa né, quando tem uma solicitação é da nossa pra eles, não deles pedindo “ah vamos fazer alguma coisa aqui com vocês” (Empresário 05).

Prevalece, portanto, entre os empresários, uma visão crítica quanto às políticas públicas e quanto à intervenção do Estado nas ações relacionadas à política de saúde dos trabalhadores. Uma posição coerente, portanto, com a visão que eles demonstram ter vinculada que é à concepção de que as questões relacionadas ao trabalho e à saúde dos trabalhadores remetem às próprias relações capital e trabalho e, nesse sentido, devem ser tratadas no âmbito das negociações que as empresas estabelecem com seus trabalhadores.

Percebe-se, também, por parte dos empresários, o predominante entendimento voltado à saúde dos trabalhadores em âmbito assistencial, com ações de cunho curativo, de tratamento e de reabilitação de doenças, em detrimento a ações de promoção à saúde e prevenção das mesmas. Esses aspectos remetem aos modelos de atenção dos campos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, em que as ações são conduzidas por avaliações técnicas, desconsiderando o conhecimento e protagonismo dos trabalhadores no seu ambiente e local de trabalho e a relação com possibilidades de prevenção de riscos e agravos à saúde relacionados ao trabalho.

5.2 As estratégias dos trabalhadores e das trabalhadoras quando lidam com doenças relacionadas ao trabalho

Para aprofundar a análise da relação entre trabalho e saúde, a pesquisa realizada contemplou a aplicação de formulários de pesquisa com trabalhadores que residem nos municípios da Região 28 de Saúde e, ao mesmo tempo, a realização de entrevistas com trabalhadores que efetivamente já vivenciaram situações de doenças relacionadas ao trabalho. O formulário de pesquisa foi aplicado com duzentos e setenta trabalhadores (APÊNDICE B). E as entrevistas realizadas com seis trabalhadoras com diagnóstico de doença do trabalho (APÊNDICE C).

O formulário de pesquisa aplicado junto a trabalhadores foi organizado a partir dos seguintes blocos temáticos: o perfil socioeconômico dos trabalhadores; as condições de trabalho nos locais onde atuam; o histórico de doenças relacionadas ao trabalho; o histórico de enfrentamento das doenças relacionadas ao trabalho; as percepções acerca da relação trabalho e saúde na atualidade; o conhecimento (e as opiniões) que têm em relação às políticas das empresas no que diz respeito à saúde do trabalhador; os conhecimentos (e as opiniões) que têm acerca das políticas públicas relacionadas à saúde do trabalhador.

Os formulários foram aplicados em uma amostra de trabalhadores, construída de modo a respeitar, em primeiro lugar, a proporcionalidade da participação de cada um dos municípios que pertencem à Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul. O universo total da população da referida Região, conforme dados do último Censo Demográfico (2010), é de 327.158 habitantes, assim divididos: Candelária – 30.171 habitantes (9,2%); Gramado Xavier – 3.970 habitantes (1,2%); Herveiras – 2.954 habitantes (0,9%); Mato Leitão – 3.865 habitantes (1,2%); Pantano Grande – 9.895 habitantes (3%); Passo do Sobrado – 6.011 habitantes (1,8%); Rio Pardo – 37.591 habitantes (11,5%); Santa Cruz do Sul – 118.374 habitantes (36,2%); Sinimbu – 10.068 habitantes (3,1%); Vale Verde – 3.253 habitantes (1%); Vale do Sol – 11.077 habitantes (3,4%); Venâncio Aires – 65.946 habitantes (20,2%); e Vera Cruz – 23.983 (7,3%), (IBGE, 2011).

No planejamento do campo foram considerados critérios estatísticos para a construção da amostra e, nesse sentido, foi definida a aplicação do formulário junto aos 270 trabalhadores para que os resultados pudessem ser apresentados dentro de uma margem de erro de cinco pontos percentuais (para mais e para menos), com um nível de confiança de noventa por cento. Os formulários foram assim distribuídos entre os municípios da Região estudada: Candelária –

24 questionários; Gramado Xavier – 04 questionários; Herveiras - 03 questionários; Mato Leitão – 04 questionários; Pântano Grande – 07 questionários; Passo do Sobrado – 06 questionários; Rio Pardo – 20 questionários; Santa Cruz do Sul – 110 questionários; Sinimbu – 07 questionários; Vale Verde – 04 questionários; Vale do Sol – 10 questionários; Venâncio Aires – 53 questionários; e Vera Cruz – 18 questionários.

Os dados, no entanto, não devem ser tomados a partir de uma consideração estatísticas. Apresenta-se, na verdade, uma descrição estatística dos dados que, somada às entrevistas realizadas com os trabalhadores, além dos dados sobre mercado de trabalho nos municípios da Região estudada, permite uma análise de questões importantes e relacionadas ao trabalho e ao binômio saúde/doenças relacionadas ao trabalho. Essa colocação é importante, inclusive por que, sob o ponto de vista da definição das pessoas que efetivamente responderam o formulário de pesquisa, não se atentou para a distribuição das mesmas a partir da consideração de sexo, idade, escolaridade e outras variáveis que permitem a “estratificação” da população (a partir de dados do Censo Demográfico do IBGE, por exemplo). A coleta de dados se deu aleatoriamente, nos pontos centrais dos municípios. E os dados foram organizados no programa IBM SPSS, versão 24, analisados através de estatística descritiva, sendo utilizadas tabelas de frequências e medidas descritivas.

5.2.1 O perfil dos trabalhadores que responderam o formulário de pesquisa

Os dados a seguir apresentados permitem uma descrição do perfil dos trabalhadores que responderam o formulário de pesquisa. A apresentação dos dados segue os eixos temáticos considerados no formulário de pesquisa e, nesse sentido, o eixo temático relacionado ao perfil socioeconômico contempla dados tais como sexo, idade, escolaridade, renda média familiar e perfil ocupacional.

Assim, sob o ponto do sexo, dos 270 trabalhadores que responderam o formulário de pesquisa a maioria é constituída por mulheres. Como pode ser observado no quadro a seguir, 68,6% são do sexo feminino e 31,4% são homens. Note-se, nesse sentido, que a amostra final não respeitou uma proporção fidedigna da distribuição (por sexo) da população total do conjunto dos municípios da região estudada (Quadro 13).

Quadro 13: Trabalhadores pesquisados, por sexo

População pesquisada	nº	%
Sexo:		
Masculino	84	31,4
Feminino	186	68,6
TOTAL	270	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

Em relação à idade, a maioria da população que respondeu o formulário é constituída de pessoas jovens e adultas, com idades que ficam entre os 20 e os 40 anos. Como pode ser observado na tabela a seguir, as pessoas com essas idades compreendem 72,3% do total que responderam o formulário de pesquisa (Quadro 15).

Quadro 14: Trabalhadores pesquisados, por idade

População pesquisada	nº	%
Idade:		
16 – 19 anos	13	4,2
20 – 24 anos	63	23,2
25 – 29 anos	56	20,7
30 – 34 anos	42	15,5
35 – 39 anos	35	12,9
40 – 44 anos	05	1,8
45 – 49 anos	19	7,0
50 – 54 anos	09	3,3
55 – 59 anos	14	5,2
60 anos ou mais	14	5,2
TOTAL	270	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

Quanto à escolaridade, as pessoas que foram pesquisadas têm escolaridade que está acima do ensino médio. Como pode ser observado no quadro a seguir, somente 19,7% do total que responderam o formulário de pesquisa têm ensino igual ou inferior ao fundamental completo. Note-se, inclusive, que 36,5% têm ensino superior incompleto, o que representa, também, um perfil de pessoas situadas, de forma predominante, em cidades que oferecem ensino superior, como é o caso de Santa Cruz do Sul, onde existem duas instituições de ensino superior que oferecem cursos regulares, além de outras tantas instituições que oferecem ensino superior à distância (Quadro 15).

Quadro 15: Trabalhadores pesquisados, por escolaridade

População pesquisada	nº	%
Escolaridade:		
Não sabe ler/escrever	01	0,5
Fundamental incompleto	40	14,8
Fundamental completo	12	4,4
Médio incompleto	18	6,6
Médio completo	67	24,7
Superior incompleto	99	36,5
Superior completo	33	12,5
TOTAL	270	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

O formulário de pesquisa também contemplou uma pergunta sobre a renda média familiar dos trabalhadores pesquisados. Cabe notar, sobre essa questão, que foi uma renda declarada e, conforme dos resultados, o maior grupo de pesquisados pertence a famílias cujas rendas médias mensais ficam na faixa do um até os cinco salários mínimos. Como pode ser observado no quadro a seguir, 33,9% afirmaram que suas famílias têm renda média mensal que fica entre mais de 01 até 02 salários mínimos e 38,7% afirmaram que suas famílias têm renda média mensal que fica entre mais de 02 até 05 salários mínimos (Quadro 16).

Quadro 16: Trabalhadores pesquisados, por renda familiar média (mensal e declarada)

População pesquisada	nº	%
Renda média mensal da família:		
Até um salário mínimo	29	10,7
Mais de 01 até 02 salários mínimos	92	33,9
Mais de 02 até 05 salários mínimos	105	38,7
Mais de 05 até 10 salários mínimos	32	11,8
Mais de 10 salários mínimos	08	3,1
Não sabe/não respondeu	04	1,8
TOTAL	270	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

Por fim, sob o ponto de vista das atividades econômicas que os pesquisados realizam, o que define o setor de atividade em que atuam na condição de trabalhador, 39,6% afirmaram que atuam em atividades de serviços, 36,7% afirmaram que atuam em atividades de comércio, constituindo-se aí os dois principais grupos (Quadro 17). Como foi indicado nesta tese, a

participação dos serviços e do comércio é, de fato, mais significativa na constituição do mercado de trabalho nos municípios da região estudada. De qualquer forma, é importante também destacar que a amostra pesquisada não contempla a proporção de empregos industriais, nem o trabalho realizado no meio rural. Nesse sentido, inclusive, é de grande importância destacar que os formulários foram aplicados somente nos espaços urbanos dos municípios.

Quadro 17: Trabalhadores pesquisados, por setor de atividade que atua

População pesquisada Setor de atividade que atua:	nº	%
Serviços	107	39,6
Comércio	99	36,7
Indústria	12	4,4
Construção civil	08	3,0
Serviços domésticos	06	2,2
Aposentado ou afastados do trabalho	15	5,6
Outro	23	8,5
TOTAL	270	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Esse é, portanto, o perfil socioeconômico dos trabalhadores que responderam o formulário de pesquisa. Uma amostra que, sob o ponto de vista estatístico tem problemas de representatividade (os exemplos da distribuição a partir da consideração do sexo, dos setores de atividade em que atuam e do local de moradia indicam esses problemas). Mas que, por outro lado, é um grupo de trabalhadores com os quais a análise considerou questões relacionadas ao trabalho, numa perspectiva de problematizar aspectos relacionados tanto às experiências de trabalho quanto às experiências de trabalho, saúde e doenças vivenciadas pelas pessoas nos municípios da região.

5.2.2 Aspectos relacionados à inserção no mercado de trabalho e às condições de trabalho nos locais de trabalho

Visando analisar aspectos relacionados às condições de trabalho dos trabalhadores que participaram da pesquisa, o formulário contemplou questões sobre o tempo de trabalho, idade em que começou a trabalhar, situação no mercado de trabalho (incluindo aí situação de emprego e condições de empregabilidade), condições de realização das atividades nos locais em que atuam. Procurou-se, com essas questões, explorar algumas condições de trabalho vivenciadas

em seus cotidianos pelos trabalhadores pesquisados, com a intenção de identificar situações que podem ser favoráveis ao desenvolvimento de agravos à saúde dos mesmos, mas também com a intenção de melhor conhecer como se inserem no mercado de trabalho e nos processos de trabalho nos quais estão envolvidos.

Uma primeira questão, nesse sentido, está relacionada à idade em que os trabalhadores pesquisados começaram a trabalhar. Como pode ser notado no quadro a seguir, a maior parte dos trabalhadores começou a trabalhar antes dos 18 anos. Note-se, inclusive, que quase 34% começaram a trabalhar antes dos 15 anos, configurando-se, portanto, uma realidade histórica em que começar a trabalhar cedo é valorizado culturalmente, mas, também, se coloca como uma necessidade para muitas pessoas. (Quadro 18).

Quadro 18: Trabalhadores pesquisados, por idade em que começou a trabalhar

População pesquisada	nº	%
Idade que começou a trabalhar:		
Menos de 12 anos	22	8,1
Mais de 12 até 15 anos	70	25,9
Entre 16 e 17 anos	85	31,5
18 anos ou mais	78	28,9
Não se aplica (aposentados ou afastados do trabalho)	15	5,6
TOTAL	270	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Começaram a trabalhar cedo e já vivenciaram situações diversificadas de trabalho. Dado esse que ficou evidenciado quando foi perguntado em quantos locais já tinham trabalhado desde que começaram a trabalhar (em atividades remuneradas). Como pode ser observado no quadro a seguir, o maior grupo (27%) já trabalhou em mais de cinco locais, seguido pelos trabalhadores que trabalharam em mais de três locais (20%), pelos que trabalharam em dois locais (17,4%) e pelos que trabalharam em apenas um local (14,4%). São dados, portanto, que expressam trajetórias descontínuas de trabalho, caracterizando, para muitos desses trabalhadores, uma condição de insegurança que já foi indicada na análise dos dados sobre o mercado de trabalho nos municípios da região.

Note-se, inclusive, que se trata de uma região em que o trabalho temporário é naturalizado pela própria experiência histórica de organização da produção e dos mercados de trabalho nos seus principais municípios. Como foi indicado, fundamentalmente a partir da realidade dos

municípios onde estão instaladas as indústrias fumageiras, o trabalho temporário é um tipo de trabalho importante na organização da produção (Quadro 19).

Quadro 19: Trabalhadores pesquisados, por quantos locais já trabalhou

População pesquisada	n°	%
Quantos locais já trabalhou:		
Apenas um local	39	14,4
Dois locais	47	17,4
Três locais	54	20,0
Quatro locais	41	15,2
Cinco ou mais locais	73	27,0
Não sabe/não respondeu	01	0,4
Não se aplica (aposentados ou afastados do trabalho)	15	5,6
TOTAL	270	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Em que pese essa indicação de uma insegurança no mercado de trabalho, quando foi perguntado há quanto tempo estavam trabalhando no local onde trabalhavam no momento em que a pesquisa foi realizada, grupos significativos responderam que trabalhavam nesse último local há mais de dois anos. Esses dados estão apresentados no quadro a seguir, onde se pode perceber que, somados, os que estavam há mais de dois anos no último local compreendem 52,6%. Claro que esse maior número não relativiza a importância dos 41,5% que atuavam nesse último local há menos de dois anos (note-se, inclusive, que 24,8% responderam que atuavam no último local de trabalho há menos de um ano) (Quadro 20).

Quadro 20: Trabalhadores pesquisados, por quanto tempo atuam no último local de trabalho

População pesquisada	nº	%
Quanto tempo atuam no último local de trabalho:		
Menos de 06 meses	33	12,2
Entre 06 meses e um ano	34	12,6
Mais de 01 até 02 anos	45	16,7
Mais de 02 até 05 anos	63	23,3
Mais de 05 até 10 anos	31	11,5
Mais de 10 anos	48	17,8
Não sabe/não respondeu	01	0,4
Não se aplica (aposentados ou afastados do trabalho)	15	5,6
TOTAL	270	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A partir de cruzamento dos dados (com a idade dos pesquisados) foi possível perceber uma tendência de a população mais nova atuar em mais locais do que a população com mais idade. De modo geral, inclusive pelas idades dos pesquisados, percebeu-se que parcelas significativas dos trabalhadores já experienciaram diferentes situações de trabalho. Importante destacar que os curtos períodos de emprego podem estar associados “à baixa qualidade do posto de trabalho ou a baixos níveis de formação dos trabalhadores”, mas também às formas de organização da produção que as empresas adotam (no caso da região estudada, como em diferentes momentos destacado, essa condição é importante); “as consequências de elevadas taxas de saída envolvem a sensação de insegurança no emprego e a destruição do capital humano específico acumulado na empresa” (CORSEUIL et. al., 2013, p. 24). Também vale destacar que, dentre as consequências dessa rotatividade no emprego, principalmente para os mais jovens, está o fato de que as experiências de trabalho são descontínuas, expressando, também, situações de precarização no trabalho e nos empregos.

Quanto à situação de trabalho em que os trabalhadores pesquisados se encontravam no momento da realização da pesquisa, 56,5% estavam empregados com vínculo empregatício e somente 9,2% afirmaram que estavam desempregados. Além disso, a maioria possuía carteira de trabalho assinada (66,4%) e emprego permanente (66,1%) (Quadros 21, 22 e 23).

Quadro 21: Trabalhadores pesquisados, por situação de trabalho no momento da pesquisa

População pesquisada	nº	%
Situação de trabalho:		
Emprego com vínculo empregatício	153	56,5
Desempregado	25	9,2
Autônomo	24	8,9
Empregado sem carteira assinada	22	8,1
Agricultor	16	5,9
Aposentados ou afastados do trabalho	15	3,0
Estagiário	05	2,6
Outro	10	2,2
TOTAL	270	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Quadro 22: Trabalhadores pesquisados, por ocupação com carteira de trabalho

População pesquisada	nº	%
Possui carteira assinada:		
Sim	176	65,2
Não	86	31,8
Não se aplica (aposentados)	08	3,0
TOTAL	270	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Quadro 23: Trabalhadores pesquisados, por tipo de vínculo empregatício

População pesquisada	nº	%
Vínculo empregatício		
Emprego permanente	182	67,4
Emprego temporário	41	15,2
Autônomo	39	14,4
Não se aplica	08	3,0
TOTAL	270	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Um dado importante, relacionado às condições de inserção dos trabalhadores pesquisados, é que a grande maioria atuava num único trabalho. Como está indicado no quadro a seguir, apenas 10,7% afirmaram que trabalham em mais de um local (Quadro 24).

Quadro 24: Trabalhadores pesquisados, por número de ocupações no momento da pesquisa

População pesquisada	nº	%
Número de ocupações:		
Trabalho em um único trabalho	233	86,3
Trabalho em mais de um local	29	10,7
Não se aplica	08	2,3
TOTAL	270	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

Trata-se de um dado que se expressa, também, na jornada de trabalho que parcelas significativas dos trabalhadores pesquisados tinham no momento da pesquisa, além dos turnos em que trabalhavam. Em relação à primeira questão, o quadro a seguir apresenta esses dados, podendo ser percebido que o maior grupo respondeu que trabalhava em jornadas de 40 até 44 horas semanais (jornadas, de modo geral e inclusive pela obrigação legal, adotadas nas empresas, em condição de trabalho assalariado, portanto). É importante destacar que esse maior grupo significa 48,5% dos trabalhadores pesquisados, ressaltando as condições de jornada de trabalho da outra metade de trabalhadores, que se dividem (como pode ser observado) entre os que tinham jornadas de até 30 horas e os que tinham jornadas maiores do que as 44 horas semanais (Quadro 25).

Quadro 25: Trabalhadores pesquisados, por jornada de trabalho semanal

População pesquisada	nº	%
Jornada de trabalho semanal:		
20 horas	26	9,6
30 horas	44	16,3
Entre 40 e 44 horas	131	48,5
Mais de 44 horas	61	22,6
Não se aplica	08	3,0
TOTAL	270	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Em relação à segunda questão, ou seja, os turnos em que os trabalhadores pesquisados trabalhavam, o quadro a seguir apresenta esses dados, indicando-se que o maior grupo (68,5%) trabalhavam durante as manhãs e tardes. Claro que esse dado não implica necessariamente impossibilidade de realização de um outro trabalho (noturno), mas, ao mesmo tempo, é revelador de uma condição de trabalho de quem se ocupa, numa determinada atividade e diariamente, em dois turnos de trabalho; note-se, inclusive, que ninguém afirmou que trabalhavam mais do que dois turnos (Quadro 26).

Quadro 26: Trabalhadores pesquisados, por turno de trabalho

População pesquisada	nº	%
Turno de trabalho:		
Manhã	28	10,4
Tarde	09	3,3
Noite	21	7,8
Manhã e tarde	185	68,5
Manhã e noite	04	1,5
Tarde e noite	13	4,8
Não respondeu	02	0,7
Não se aplica	08	3,0
TOTAL	270	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Ao serem questionados sobre a realização de jornadas extras de trabalho, um grupo significativo respondeu que realizava jornadas extras. Como pode ser observado no quadro a seguir, somados os que indicaram que realizavam “frequentemente” e os que afirmaram que realizavam “às vezes” jornadas extras chega-se aos 44,8% dos trabalhadores que participaram da pesquisa (Quadro 27). É um dado revelador, também, de uma intensidade de trabalho que está presente em parcelas significativas de trabalhadores, que ocupam (frequentemente ou às vezes) grandes jornadas diárias de trabalho, não raras vezes com comprometimento de seus tempos liberados (que poderiam ser dedicados às tarefas pessoais e vinculadas aos seus espaços familiares) e de lazer (de descanso, de realização de atividades descomprometidas e voltadas aos interesses pessoais, seja de entretenimento ou não).

Quadro 27: Trabalhadores pesquisados, por realização de jornadas extras de trabalho

População pesquisada	n°	%
Realiza jornada extra:		
Frequentemente	50	18,5
Às vezes	71	26,3
Raramente	30	11,1
Não realiza	109	40,4
Não se aplica	08	3,0
Não respondeu	02	0,7
TOTAL	270	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Por fim, em relação especificamente às condições de trabalho, os trabalhadores que participaram da pesquisa responderam questões que remetem aos locais de trabalho, tanto no que diz respeito às relações interpessoais, ritmo de trabalho, pressões que vivenciam, avaliação do trabalho que realizam.

Nessa direção, o quadro a seguir apresenta os dados referentes a diferentes questões que foram propostas. Numa pergunta que ofereceu a possibilidade de múltiplas respostas, é importante destacar que 39,3% responderam que vivenciam pressões por decisões rápidas (vinculadas às metas estabelecidas em seus locais de trabalho), que 30,4% afirmaram que vivenciam situações de sobrecarga de tarefas, que 31,5% avaliaram o trabalho que realizavam como sendo um trabalho que exige esforço físico, que 51,1% avaliaram seus trabalhos como sendo trabalhos que exigem esforço mental, que 47% avaliaram seus trabalhos como sendo um trabalhos repetitivos (Quadro 28).

Quadro 28: Trabalhadores pesquisados, por condições de trabalho

População pesquisada	nº	%
Em relação ao seu trabalho:		
Há pressão por decisões rápidas/atingir metas	106	39,3
Falta de materiais/equipamentos adequados	48	17,7
Há exigências inadequadas às condições de trabalho	34	12,6
Há conflitos com colegas e chefias	57	21,1
Há sobrecarga de tarefas	82	30,4
Você fica sem fazer nada	52	19,3
É um trabalho que exige esforço físico	85	31,5
É um trabalho que exige esforço mental	138	51,1
É um trabalho monótono	39	14,4
É um trabalho repetitivo	127	47,0
Não se aplica	08	3,0
TOTAL	776	287,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Nessa mesma direção, quando os trabalhadores pesquisados responderam sobre os condicionamentos do ritmo de trabalho que realizam, duas respostas se destacaram: o ritmo é definido pelo trabalho realizado pelos colegas (33,3%) e o ritmo é definido pelos pedidos diretos dos clientes (55,6%). Situações que indicam condições de trabalho em que a organização coletiva pode definir ritmos e intensidades no trabalho; mas que também ressaltam a presença importante desses trabalhadores em atividades de serviço e de comércio, em que as demandas do mercado condicionam maior ou menor intensidade nos trabalhos realizados no cotidiano (Quadro 29).

Quadro 29: Trabalhadores pesquisados, por condições de ritmo do trabalho que realiza

População pesquisada	nº	%
O ritmo de seu trabalho depende:		
Do trabalho realizado por colegas	90	33,3
Dos pedidos diretos dos clientes	150	55,6
Da velocidade automática da máquina/linha	30	11,1
Do controle direto de seu chefe	43	15,9
Nenhuma alternativa	60	22,2
TOTAL	373	138,1

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

No conjunto, os dados relacionados à inserção no mercado de trabalho e condições de trabalho vivenciadas no cotidiano indicam situações diversificadas, mas, também, recorrentes, em especial se considerado que parcelas significativas dos trabalhadores pesquisados têm uma experiência descontínua no mercado de trabalho (marcada pela mudança de locais de trabalho), pelo vínculo empregatício, com jornadas iguais ou superiores às 40 horas semanais, com possibilidades de realização de horas-extras, com uma condição de trabalho que tende a ser avaliada como um espaço de pressão, com atividades que exigem esforço físico e mental, além de serem muitas vezes atividades repetitivas.

Ainda que não são conclusões que permitem avaliar com precisão o quanto esses trabalhadores atuam em locais que estão diretamente inseridos nas transformações tecnológicas e organizacionais que caracterizam dinâmicas de reestruturação produtiva que já há décadas as empresas capitalistas realizam, elas situam os trabalhadores pesquisados nesse contexto histórico onde sinais de insegurança no mercado de trabalho e condições que expressam culturas organizacionais comprometidas com intensidade do e no trabalho “batem na porta” (direta ou indiretamente) de todos.

5.2.3 Pensando sobre o histórico de enfrentamento de doenças relacionadas ao trabalho

Visando investigar situações de adoecimento relacionadas ao trabalho que realizam, mas também suas opiniões sobre a relação trabalho e saúde, o formulário de pesquisa contemplou questões sobre histórico de doenças apresentadas, relação entre atividades realizadas e riscos à saúde, estratégias que adotam em caso de adoecimento visando não comprometer seus trabalhos, visões acerca do que é ter saúde no trabalho.

Em relação às experiências de acidentes de trabalho, a maioria dos trabalhadores pesquisados (78,9%) afirmou que nunca teve uma experiência de acidente no trabalho. Na mesma direção, 69,8% afirmaram que nunca sofreram uma situação de doença relacionada ao trabalho. E os trabalhadores que mencionaram alguma situação de doença, indicaram casos que não ocorreram em períodos próximos da realização da pesquisa, sendo os casos mais indicados os de doenças osteomusculares, crônicas degenerativas, psíquicas e infecciosas (Quadros 30 e 31).

Quadro 30: Trabalhadores pesquisados, por experiência de acidente de trabalho

População pesquisada	nº	%
Já teve sofrido um acidente de trabalho:		
Sim	57	21,1
Não	213	78,9
TOTAL	270	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Quadro 31: Trabalhadores pesquisados, por histórico de doenças relacionadas ao trabalho

População pesquisada	nº	%
Já teve doenças relacionadas ao trabalho:		
Sim, doenças osteomusculares	25	9,2
Sim, doenças degenerativas	14	5,2
Sim, doenças psíquicas	12	4,4
Sim, doenças infecciosas	09	3,3
Sim, acidentes	04	1,5
Sim, sistema digestivo	03	1,1
Nunca teve doença relacionada ao trabalho	189	69,8
Não sabe/não respondeu	03	1,1
TOTAL	270	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Quando os trabalhadores foram questionados sobre a relação do trabalho que realizam com a possibilidade de alguma doença, o maior grupo (56,1%) afirmou que não, que não entendem que o trabalho que realizam pode provocar doenças. No entanto e por outro lado, um grupo também significativo (42,1%) respondeu que o trabalho que realizam pode resultar em situações de adoecimento, sendo os casos mais indicados, nesse sentido, os riscos ocupacionais: ergonômicos, psíquicos, químicos, biológicos e físicos (Quadro 32).

Quadro 32: Trabalhadores pesquisados, por percepções quanto aos riscos ocupacionais em seus locais de trabalho

População pesquisada	nº	%
O seu local de trabalho oferece riscos ocupacionais:		
Sim, riscos ergonômicos	45	16,6
Sim, riscos psíquicos	39	14,4
Sim, riscos químicos	13	4,8
Sim, riscos biológicos	07	2,6
Sim, riscos físicos	05	1,8
Sim, riscos de acidentes	02	0,7
Não oferece riscos	151	56,0
Não se aplica	08	3,0
TOTAL	270	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

É importante destacar que, segundo informe epidemiológico do CEREST/Vales, em 2014 passaram a ser de notificação compulsória universal no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) os Acidentes de Trabalho Grave e os Acidentes de Trabalho com Exposição a Material Biológico. Os informes epidemiológicos organizados pelo CEREST/Vales contam com os dados coletados no SIST/RS, através do Sistema de Análise de Negócios (SAN) e com os dados referentes ao SINAN, a partir do banco de dados da região enviado pelo CEREST Estadual. E, conforme boletim epidemiológico do CEREST/Vales, no ano de 2014 a incidência de agravos relacionados ao trabalho (doenças e acidentes) geral foi de 11,1/1.000 trabalhadores. Especificadamente na Região 28 de Saúde foi de 9,0/1.000 trabalhadores, sendo que o município de Vale Verde foi o que apresentou a maior taxa de incidência (com 15,0/1.000 trabalhadores).

Esses dados estão apresentados no quadro a seguir, onde também pode ser observado que, naquele ano de 2014, nominalmente, os maiores municípios foram o que apresentaram também maiores números de notificações, contudo merecendo (quando considerado proporcionalmente à população total dos municípios) destaque o município de Venâncio Aires, onde foram realizadas 418 notificações (Quadro 33).

Quadro 33: Incidência de agravos relacionados ao trabalho, segundo os municípios de atendimento na 13ª CRS (dados para o ano de 2014)

Município	Notificações SIST	Notificações SINAN	Total de notificações	Incidência ART/1.000 trabalhadores
Candelária	87	08	95	5,4
Gramado Xavier	14	01	15	6,3
Herveiras	-	-	-	-
Mato Leitão	14	02	16	6,7
Pantano Grande	51	-	51	13,0
Passo do Sobrado	27	-	27	6,7
Rio Pardo	117	10	127	7,8
Santa Cruz do Sul	405	191	596	9,1
Sinimbu	16	03	19	3,0
Vale do Sol	90	-	90	13,4
Vale Verde	21	04	25	15,0
Venâncio Aires	387	31	418	10,7
Vera Cruz	151	-	151	11,2
TOTAL	1.380	250	1.630	9,0

Fonte: CEREST, 2014.

Quanto aos resultados gerais, envolvendo os 68 municípios pertencentes ao CEREST/Vales, a maioria dos casos notificados permanecia sendo de acidente típico, em sujeitos do sexo masculino, na faixa etária dos 18 aos 29 anos e com escolaridade entre o fundamental completo e o médio incompleto. Os municípios com maior número de notificações, em números absolutos, eram Teutônia (849 notificações) e Lajeado (804 notificações), ambos da 16ª CRS; Santa Cruz do Sul (596 notificações), pertencente à 13ª CRS (Região 28 de Saúde); e Cachoeira do Sul (520 notificações), pertencente à 8ª CRS. Em relação ao tipo de agravo, ainda havia um número muito pequeno de notificações dos casos de doenças relacionadas ao trabalho (somente 4,7% do total das notificações), prevalecendo as LER/DORT entre as doenças notificadas (CEREST, 2014).

Em 2015, a incidência de agravos relacionados ao trabalho (doenças e acidentes) geral no CEREST/Vales foi de 11,9/1.000 trabalhadores. Na Região 28 de Saúde foi de 10,5/1.000 trabalhadores. Em relação aos municípios, considerando os números absolutos, destacaram-se: Venâncio Aires (13ª CRS), com 1.024 notificações, representando 16,9% do total; Lajeado (16ª CRS), com 854 (14,1%); Teutônia (16ª CRS), com 569 (9,4%); Cachoeira do Sul (8ª CRS), com 551 (9,1%) e Santa Cruz do Sul (13ª CRS, Região 28 de Saúde), com 411 registros (6,8%).

Analisando os municípios por CRS, apresentaram maior incidência: Passa Sete (43,0/1.000 trabalhadores), Venâncio Aires (26,1/1.000 trabalhadores), Teutônia (31,7/1.000 trabalhadores), na 8ª, 13ª e 16ª, respectivamente. Os dados referentes aos municípios pertencentes a Região 28 de Saúde estão apresentados no quadro abaixo (Quadro 34).

Quadro 34: Incidência de agravos relacionados ao trabalho, segundo os municípios de atendimento na 13ª CRS (dados para o ano de 2015)

Município	Notificações SIST	Notificações SINAN	Total de notificações	Incidência ART/1.000 trabalhadores
Candelária	135	-	135	7,7
Gramado Xavier	13	01	14	5,8
Herveiras	-	-	-	-
Mato Leitão	08	01	09	3,8
Pantano Grande	45	01	46	11,7
Passo do Sobrado	11	07	18	4,5
Rio Pardo	06	62	68	4,2
Santa Cruz do Sul	224	187	411	6,3
Sinimbu	24	04	28	4,4
Vale do Sol	53	02	55	8,2
Vale Verde	25	-	25	15,0
Venâncio Aires	979	45	1.024	26,1
Vera Cruz	73	02	75	5,6
TOTAL	1.596	312	1.908	10,5

Fonte: CEREST, 2015.

Em relação ao ano anterior, as notificações tiveram um aumento de 7,3%, passando de 5.650 para 6.065. O crescimento ocorreu especialmente quanto às notificações no SINAN, que no ano de 2014 totalizaram 510 casos e em 2015 tiveram 613 registros; além disso, dos 68 municípios que fazem parte do CEREST/Vales, 64 (94,1%) tiveram registro de casos de agravos relacionados ao trabalho (CEREST, 2015).

Voltando à análise dos resultados da pesquisa realizada com os trabalhadores, quando foram perguntados se tinham experiência de ir para o trabalho mesmo estando doentes, 17,0% mencionaram que já tinham ido trabalhar mesmo em situação de doença. Quanto à possibilidade de demissão ou assédio moral em situações de experiência de adoecimento, 93,7% afirmaram que nunca foram demitidos ou sofreram algum tipo de assédio moral por não terem conseguido ir trabalhar (por motivo de doença). Além disso, 83,8% afirmaram que nunca recorreram a algum benefício previdenciário em função de algum adoecimento relacionado ao trabalho

(Dados da pesquisa realizada).

Sobre o entendimento por saúde do trabalhador, para a maioria significa ter “saúde na empresa”, ou seja, enquanto estiver trabalhando não enfrentar nenhum tipo de problema que crie dificuldades para executar suas atividades. Note-se que essa visão foi indicada pela maioria dos trabalhadores investigados, revelando-se, também, uma visão que vincula condições de saúde com a possibilidade (ou não) de estar efetivamente apto para o trabalho, mas, acima de tudo, não prejudicar o desempenho profissional enquanto se está trabalhando. Outras respostas indicaram como importante “ter emprego”, ter “boas condições de trabalho”, “boa remuneração”, “a pessoa estar bem para trabalhar”, “utilizar EPI”, “ter satisfação profissional” (Quadro 35).

Quadro 35: Trabalhadores pesquisados, por visões acerca o que é ter saúde no trabalho

População pesquisada	nº	%
O que é ter saúde no trabalho:		
Ter saúde na empresa	172	63,7
Ter emprego/trabalho	26	9,6
Ter boa remuneração	17	6,3
A pessoa estar bem para trabalhar	20	7,4
Outras respostas	12	4,4
Não sabe/não respondeu	23	8,5
TOTAL	270	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

As respostas envolvendo “boas condições de trabalho e satisfação profissional”, também entendido como “gostar do que faz”, foram identificados em um estudo que objetivou identificar as representações de trabalhadores de um instituto de pesquisa brasileiro sobre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). Além disso, também demonstraram entender por QVT a “Possibilidade de desenvolvimento profissional e liberdade”, “Contribuir para o desenvolvimento do país”, “Ambiente de Trabalho”, “Reconhecimento profissional”, “Bom convívio com os colegas de trabalho (ANTLOGA; DO CARMO; TAKAKI, 2016).

Na opinião dos trabalhadores pesquisados, 50,9% consideraram ser possível ter um trabalho que não adoça o trabalhador. No entanto, quando foram perguntados sobre como agiam em situações de adoecimento, que dificultavam a ida ao trabalho, 26,8% afirmaram que “fingiam não estar doentes e iam assim mesmo trabalhar”, 25,2% afirmaram que “iam trabalhar doentes para não colocar em risco seus empregos”, 24,8% afirmaram que “utilizavam

medicamentos e iam trabalhar” (Quadro 36). São dados importantes, pois indicam que os trabalhadores, de modo geral, estabelecem estratégias que tornam suas doenças invisibilizadas, seja por que não consideram essas situações como comprometedoras de suas atividades laborativas, seja por que têm receios quanto às implicações do revelar doenças e/ou comprometer frequência no trabalho em função de algum adoecimento.

Os trabalhadores que vão trabalhar doentes, utilizando estratégias para não faltar o emprego, podem estar indicando o que a bibliografia especializada designa “presenteísmo”. Conforme indicam Elkeles e Seligmann-Silva (2010), um fator agravante do presenteísmo é o temor do desemprego, que implica no adiamento da procura para tratamento de problemas de saúde pelo profissional, podendo levar a outras doenças como a hipertensão, problemas osteomusculares, entre outras. Em estudo realizado em um hospital de ensino, Vieira et al. defenderam que a precarização do trabalho é fator contributivo para o presenteísmo na enfermagem; trabalhadores que possuíam contratos temporários, em especial, indicam temor de desemprego, levando-os a manterem-se no trabalho mesmo com a saúde debilitada (VIEIRA et al., 2016).

Quadro 36: Trabalhadores pesquisados, por estratégias adotadas diante de alguma situação de doença que dificulta ida ao trabalho

População pesquisada	n°	%
Estratégia adotada:		
Finge que não está doente e vai trabalhar	72	26,8
Vai trabalhar para não perder o emprego	68	25,2
Usa medicação e vai trabalhar	67	24,8
Faz tratamento e busca acompanhamento médico	45	16,7
Usa atestado médico	11	3,7
Comunica o patrão e não vai trabalhar	05	1,6
Utiliza as folgas e não vai trabalhar	02	0,4
TOTAL	270	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Tem-se, então, que dentre os trabalhadores que participaram da pesquisa parcelas significativas eram constituídas por jovens, com escolaridade de ensino médio completo/superior incompleto, com uma renda média familiar entre três e quatro salários mínimos, atuando nos setores de serviços e de comércio. Muitos começaram a trabalhar antes dos 18 anos, sendo que, no momento da pesquisa, a maioria estava ocupada, com parcelas

significativas atuando com carteira de trabalho assinada e trabalhando no mesmo já há, pelo menos, dois anos.

Sob o ponto de vista da relação entre trabalho e saúde, a maioria não adoeceu nos últimos anos e não relacionou a possibilidade de desenvolver doenças decorrentes do trabalho realizado. Por outro lado, dentre os que afirmaram ter vivenciado uma situação de doença, essa é relacionada com trabalho que realizam. Ao avaliarem as estratégias adotadas no trabalho diante de situações de doenças, mencionaram que os trabalhadores adoecidos utilizam estratégias para continuar trabalhando e que omitem sua situação na empresa, seja pelo medo de perder o emprego, seja pela necessidade que sentem de não prejudicar o trabalho que realizam (“necessidade de continuar trabalhando”).

Diante do perfil dos trabalhadores que responderam às perguntas do formulário de pesquisa, foi possível compreender aspectos importantes das estratégias que os trabalhadores utilizam para a prevenção e para o cuidado de doenças relacionadas às suas condições de trabalho. Ao final, a aplicação dos formulários de pesquisa permitiu levantar diferentes e importantes questões que, então, foram aprofundadas através de entrevistas realizadas com trabalhadores que, efetivamente, já vivenciaram experiências de adoecimento no trabalho, cuja análise será apresentada no próximo item.

5.2.4 Quando doenças relacionadas ao trabalho “se tornam realidade”

Visando aprofundar a análise sobre as experiências de doenças relacionadas ao trabalho, a pesquisa compreendeu a realização de entrevistas com seis trabalhadoras que, efetivamente, possuíam diagnóstico de doenças relacionadas ao trabalho. As seis trabalhadoras que foram entrevistadas também responderam o formulário de pesquisa, estavam trabalhando no momento da pesquisa e eram atendidas em serviços de referência em Saúde do Trabalhador. As entrevistas realizadas com essas trabalhadoras foram orientadas por um roteiro (entrevistas semiestruturadas), contendo os seguintes eixos temáticos: 1. Percepções sobre a relação entre trabalho e saúde na atualidade, que aborda as questões relacionadas a trajetória profissional, as condições de trabalho, o histórico de doenças relacionadas ao trabalho, o enfrentamento das doenças relacionadas ao trabalho e as percepções acerca da relação trabalho e saúde na atualidade; 2. Avaliação das políticas existentes nas empresas no que diz respeito à saúde do trabalhador; 3. Avaliação dos trabalhadores das políticas públicas de prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores, com investigação não somente sobre o conhecimento acerca das

políticas, mas também de avaliação dos serviços buscados e, efetivamente, alcançados. É a partir desses eixos temáticos que a análise apresentada está estruturada.

5.2.4.1 Percepções sobre a relação entre trabalho e saúde na atualidade

Em relação à trajetória profissional das trabalhadoras investigadas, um primeiro aspecto a ser destacado está relacionado à idade que começaram a trabalhar, confirmando a realidade já observada através da aplicação do formulário, que indicou que a entrada no mercado de trabalho ocorre antes dos 18 anos. No caso concreto das entrevistadas, observou-se que algumas começaram ainda crianças, com idades que variaram entre os cinco e os quinze anos.

Eu era a mais velha dos sete irmãos, só estudei até a terceira série, tinha que trabalhar o dia inteiro [...] hoje a minha mãe diz: se desse para voltar atrás, mas não tem né. A minha irmã acha que era para judiar de nós, mas era por necessidade, tinha que trabalhar para sobreviver (Trabalhadora 06).

O tipo de atividade ocupacional realizada pelas entrevistadas que começaram a trabalhar entre 5 e 9 anos de idade foram trabalhos domésticos como (babá, cuidar da horta em casa, lavar roupa no rio, carregar baldes de água, limpar a casa, tirar leite, cuidar dos animais, entre outros); a partir dos 12 anos, algumas passaram a participar ativamente na produção agrícola do tabaco. No caso concreto dessas trabalhadoras, na condição de trabalhadoras assalariadas, recebendo por dia de trabalho.

Estudei muito pouco, até a terceira série. Desde os 9 anos, a partir dos 9 anos que eu comecei a cuidar de criança. Ai depois trabalhei em casa de família. Ai aquele tempo a gente tinha serviço na lavoura né, nós ajudava. Aquele tempo a gente usava muito linha, trocar linha de plantar né, a gente caminhava bastante, pra mudar linha, pra plantar milho, pra plantar feijão, essas coisas né [...] a gente não tinha água encanada, tinha que carregar água dos baldes, puxava assim dos poço, ou que nem muitas vezes assim a gente pegava nas vertente assim, as vezes longe, subir barranco com os baldes de água nos braços né. Lavar roupa na beira do rio. E depois com uns 13 anos por aí, a gente começou na lavoura direto, daí começamos a trabalhar por dia, colhia fumo (Trabalhadora 02).

Estudei até a quarta série, primeiro grau incompleto né. Eu comecei a trabalhar na lavoura, aos 5 anos de idade, acredite se quiser, mas é. Por isso eu tenho as pernas cambota, as pernas tortas. O fumo que o pai e a mãe colhiam, eu tinha que puxar pra fora, a verga toda pra fora. Ai muitas vezes, o fecho era tão grande, eu não conseguia fechar as mãos aqui, o pai tirava uma flor do fumo e colocava assim pra mim carregar [...]. Meio dia, meus dedos estavam assim inchados, inchados, que eu não aguentava a dor. Com 5 anos eu era obesa ainda, gordinha sabe. Eu sofri, desde os meus 5 anos direto na lavoura com o meu pai e com a minha mãe (Trabalhadora 05).

Esses relatos são expressivos da condição de trabalho (e das experiências de trabalho) de parcelas significativas da população dos municípios da região de estudo, uma região com forte participação da população rural, onde a produção do tabaco tem grande importância. Em

levantamento realizado em 2017, pesquisadores vinculados ao CEREST/Vales indicaram que os pacientes portadores de LER/DORT iniciaram sua atividade laboral na infância; dos 278 prontuários de pacientes com diagnóstico de LER/DORT avaliados, 147 trabalhadores apresentam histórico de trabalho infantil (entre os seis e os onze anos de idade; trabalho doméstico ou na agricultura); a maioria era constituída de jovens e mulheres (idades entre os 31 e 50 anos), com ensino fundamental incompleto. Os resultados evidenciaram que, além das dores, há um sofrimento que decorre das limitações ocupacionais e nas atividades simples de vida diária, o que as afeta psicologicamente. Em função da baixa escolaridade, as trabalhadoras que estão adoecidas ficam limitadas para encontrar novas oportunidades de trabalho, “um dos danos mais comuns causados pelo trabalho infantil” (CHIELLE; KRUG, 2017, p. 108).

O Ambulatório de Doenças do Trabalho do Hospital de Clínicas de Porto Alegre atende muitas trabalhadoras portadoras de LER/DORT provenientes da indústria calçadista da Região do Vale dos Sinos. Estas pacientes, além de manifestarem “dores osteomusculares”, destacam “sofrimento psíquico” relacionado ao seu adoecimento; na trajetória de vida e de trabalho dessas mulheres o trabalho se coloca como central e como organizador de suas vidas, já que o ingresso laboral iniciou na infância ou adolescência dessas pessoas (RAMOS et al., 2010).

Outro aspecto destacado pelas trabalhadoras entrevistadas está relacionado à forma como as pessoas iniciam a vida laboral, sendo (no caso concreto das trabalhadoras entrevistadas) o trabalho infantil na agricultura a forma mais comumente aceita pelas famílias, visto como uma atividade “pra ajudar em casa” e inclusive, muitas vezes idealizado como uma forma de educar os filhos para que aprendam a trabalhar. Conforme a fala: “[...] em casa trabalhava para ajudar meus pais, era mais uma ajuda no fumo ou para fazer a comida” (Trabalhadora 04).

A própria compreensão sobre trabalho infantil não está clara para muitas pessoas, sendo tema de muitas discussões e um problema em muitos países no mundo. A maioria dos municípios em que foram coletados os dados para a construção da presente tese possui forte influência da agricultura familiar, sendo a cultura do fumo a mais presente. Trata-se de uma questão mal resolvida, pois, diante das pressões que resultam da própria legislação (ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente), as indústrias fumageiras tendem a criar “campanhas de conscientização” ou, mesmo, intervenções mais precisas que, em última instância, atribuem responsabilidades para as próprias famílias; estas, no entanto, diante da própria realidade que vivenciam (inclusive com um número cada vez mais reduzido de pessoas, criando-se dificuldades crescentes para atender às necessidades de produção em suas propriedades),

principalmente em determinados períodos do cultivo de tabaco (safra, por exemplo), não tem escolhas entre integrar ou não integrar todos na produção, incluindo-se aqui crianças, adolescentes, idosos (MARIN et al., 2012).

Quanto aos contratos de trabalho das entrevistadas, três possuíam vínculo empregatício, atuando como costureira e duas como serventes (funcionárias públicas); as demais trabalhavam como faxineiras/diaristas ou auxiliando a família na lavoura e/ou serviços da casa. Quando questionadas sobre o cotidiano de trabalho, a maioria manifestou que tem muitas limitações para cumprir com as tarefas diárias, principalmente em função das dores intensas em membros superiores, que as obrigam mesmo a faltar ao trabalho com frequência, conforme fala:

[...]. É uma dor assim, começa na cervical, dói os braços. Às vezes não consigo mexer os dedos, ficam duros... também tenho dores na coluna. É uma dor terrível [...] Todos os dias antes de levantar da cama peço para meu marido me ajudar a levantar [...] tem dias que, quando eu acordo não consigo abrir os dedos (Trabalhadora 05).

Durante as entrevistas as trabalhadoras emocionavam-se e com os olhos cheios de lágrimas contavam as dificuldades diárias. Além da dor física estavam muito abaladas emocionalmente, referindo sentirem-se humilhadas nos ambientes de trabalho, como conta uma das entrevistadas que estava, naquele dia, com um encaminhamento para previdência social em busca de auxílio-doença:

Até pouco tempo atrás eu conseguia atingir as metas e agora não consigo mais, sinto muita dor [...] daí a patroa veio e cobrou, ela disse: olha, eu tô te pagando para fazer a quantia que eu quero que tu faça, a quantia que tu sempre fez. Daí eu disse pra ela: eu tô doente, não tenho condições, estou fazendo a quantia que eu posso. E ela respondeu: eu não quero saber, tem que fazer (Trabalhadora 06).

O assédio moral aparece nas falas, principalmente quando não conseguem atender as exigências de produção colocadas em seus locais de trabalho. A partir do momento em que o trabalhador tem a sua saúde atingida por acidente ou doença relacionados ao trabalho, como LER/DORT, passam a sofrer discriminação (MAENO, 2001). Edith Seligmann-Silva (2011) destaca que, de modo claro ou disfarçado, esses trabalhadores são rejeitados: “essa rejeição pode ser deliberada e sistemática, caracterizando um assédio moral similar ao que tem sido observado nos ambientes em que surgem as LER/DORT. E o assédio torna-se mediação importante na origem e, ou desencadeamento de quadros depressivos ou outros transtornos psíquicos” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 309). O fato de se sentir descartável ou excluído dentro da empresa potencializa o sentimento de tristeza e pode levar a depressão, reforçando os discursos sobre valorização do sujeito a partir da experiência de trabalho (RAMOS et al., 2010).

Outro motivo de tristeza mencionada pelas trabalhadoras entrevistadas está relacionado ao fato de serem pessoas em idade jovem (com idades que variam entre 39 e 48 anos); trata-se de um dos motivos que dificulta a aceitação das doenças, especialmente por não apresentar uma lesão visível, gerando desconfiança das próprias pessoas que estão próximas, como os familiares e colegas de trabalho. Em função da idade jovem, o acesso à aposentadoria antecipada também é um fator dificultador. Conforme relato: “Olha só, as pessoas não acreditam na minha dor [...] não aparece, é por dentro [...] aí não acreditam que sinto dor. Dizem que essa dor é doença de velho” (Trabalhadora 03).

A dor, a limitação de movimento e a diminuição de força muscular estão diretamente relacionados aos casos de afastamento dos trabalhadores, muitas vezes resultando em incapacidade permanente, afetando a vida produtiva e social de trabalhadores, gerando impacto econômico sobre seus familiares. A grande maioria das notificações de trabalhadores com LER/DORT pertence ao mercado formal de trabalho, o que evidencia que os casos que ocorrem envolvendo trabalhadores informais tendem a não ser notificados. Esse fato demonstra que os serviços de saúde pública não avançam na identificação das doenças relacionadas ao trabalho, na proteção social dos trabalhadores segundo os princípios estabelecidos pelo SUS (VIEGAS; ALMEIDA, 2016).

Ainda sobre o cotidiano de trabalho, todas as seis trabalhadoras entrevistadas usam medicações para manterem-se no trabalho. Além dos medicamentos para o tratamento da dor, acabam necessitando de antidepressivos, conforme destaca a entrevistada:

Eu tomo muito remédio para aguentar [...] os mais fortes eu uso à noite por que dá muito sono (choro) [...] o meu marido gosta muito de baile e nem isso eu posso fazer. Não consigo nem dançar mais, acho que a minha vida acabou, não tenho mais alegrias, só dor (Trabalhadora 01).

É uma dor que me trava muito as pernas, o braço perde a força pra fazer as coisas, as coisas caem da mão e daí sabe [...] vai desabando cada vez mais, né e tu fica cada vez mais depressiva. Não dá pra imaginar o que é essa doença, só quem tem dor mesmo pra entender (Trabalhadora 06).

Eu tomo remédio para tudo, até para dormir. A minha mãe que tem 67 anos é mais resistente que eu para fazer as coisas, daí isso me abaixa bastante [...] (choro) eu dependo de remédio pra viver e fico até tonta as vezes, é difícil até pra trabalhar quando aparece essa tontura (Trabalhadora 02).

O Ministério da Saúde lançou em 2012 um protocolo para os profissionais da rede de saúde que atendem os trabalhadores, seja no SUS e nos serviços privados, seja nos serviços de saúde das empresas e nos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT). Trabalhadores de diversos ramos de atividades estão expostos a

condições de trabalho que propiciam a ocorrência ou o agravamento de LER/DORT (BRASIL, 2012); e para suportarem a dor utilizam estratégias defensivas, como o uso de medicamentos, álcool e outras drogas para continuar trabalhando ou para não piorar a situação de adoecimento. A incidência em um estudo envolvendo a população bancária mostrou um crescente aumento no consumo de medicamentos psiquiátricos nos últimos anos, especialmente entre as mulheres (GAVIRAGHI, 2016). Segundo Seligmann-Silva (2011), as “crises nervosas” nas mulheres são vistas como inerente a elas, “um nervosismo natural das mulheres”.

Ainda no que se refere as consequências das doenças, é importante destacar que, no plano individual, colocam-se as questões emocionais, desencadeadas pela experiência vivida, pelo desconforto diante das dores, mas, também, da necessidade de enfrentar (e justificar) a situação na relação com os outros (inclusive familiares). No plano social, envolve uma falta de controle por parte do trabalhador em relação a seu processo de trabalho e as exigências impostas na produção para atingir as metas, gerando sofrimento coletivo. Decorre disso que, muitos trabalhadores, não desejam parar de trabalhar mesmo sabendo do prognóstico ruim, com “piora irreversível e ascendente do quadro instalado, tendo como signos a atrofia progressiva de músculos, nervos e tendões e a culpa por não ter se cuidado antes”; mesmo assim utilizam estratégias como a fisioterapia e o uso de medicação, mesmo a automedicação como uma forma de minimizar a dor (NEVES; NUNES, 2010, p. 218). No caso específico das entrevistadas, o uso da automedicação foi mencionado por quase todas. A fala a seguir é ilustrativa: “Para aguentar eu tomo remédio por conta [...] procuro não pegar atestado como muitas colegas, tomo remédio para passar a dor e vou trabalhar” (Trabalhadora 06).

Destaque-se que estudos realizados sobre estresse laboral e gênero tendem a concluir que as mulheres enfrentam mais situações de estresse do que os homens no trabalho; além disso, indicam que há maior cobrança e maiores expectativas por parte das próprias mulheres que, além dos desafios da atividade laboral, preocupam-se com questões relacionadas ao ambiente familiar. Esta condição indica que o atual contexto de trabalho pode ser mais adoecedor para mulheres do que para os homens, o que pode estar levando ao consumo de medicamentos psiquiátricos; além disso, pela divisão sexual do trabalho, as mulheres tendem a ocupar cargos e funções que trazem maior desgaste físico e mental (RAMOS; JORDÃO, 2014).

Essa abordagem evidencia a dificuldade de tratar a doença e pode-se perceber na fala das entrevistadas que a LER/DORT é incurável e progressiva. Durante o relato histórico de doenças relacionada ao trabalho, a maioria refere sentir-se doente há muitos anos (entre cinco e nove anos), com sintomas de dor progressiva e sem perspectiva de cura. Segundo a

entrevistada:

“[...] depois que começou a doença estou cada vez pior, agora me atacou a coluna junto né [...] durante o dia tomo os remédios mais fracos mas a noite sou obrigada a tomar para conseguir dormir [...] é uma dor constante” . Já me disseram aqui que eu vou morrer com isso [...], não tem o que fazer. (Trabalhadora 04).

Uma das trabalhadoras entrevistadas, que afirmou que começou a trabalhar aos 5 anos, teve o primeiro benefício aos 21 anos, quando sofreu um acidente de trabalho, e desde então sente dores na coluna:

Eu tive que ficar dois meses afastada por que eu não conseguia movimentar a perna direita, caí de cima da carroça de fumo, caí de costas no meio dos bois. Os médicos de Porto Alegre, que me operaram, disseram que eu não poderia ter filhos, isso foi o pior, queria ser mãe [...] depois, lá pelos 28 anos começou as dores nos braços (Trabalhadora 03).

A questão das metas, muitas vezes presentes nas empresas, é também lembrada pelas entrevistadas ao analisarem as condições que favorecem ao adoecimento dos trabalhadores: “[...] já trabalhei em metalúrgica, em frigorífico, a gente começou com 40 peças, no final, a cota mínima por dia era 70, as cotas me adoeceram” (Trabalhadora 04). “Quando eu entrei na [...] eu limpava três prédios, era muito vidro, janela e todos os dias varrer e lavar, varrer e lavar [...] era muito trabalho “(Trabalhadora 01).

As trabalhadoras que estão na informalidade destacam não conseguem ir trabalhar todos os dias, o que as impede de assumir compromissos diários, restando o trabalho como diaristas ou vendedoras em camelôs. Esta situação concorda com o relato de uma profissional de saúde que atua em um serviço especializado em atendimento ao trabalhador, quando afirma que os pacientes com lesão, do tipo LER/DORT, mesmo doentes precisam trabalhar para sobreviver e buscam trabalho informal, conforme entrevista:

Os trabalhadores que nós recebemos aqui no serviço vivem a seguinte situação: se eles conseguem o benefício, conseguem se afastar pelo INSS é mais tranquilo, em partes, porque sempre tem o risco de perder o benefício. Alguns conseguem ajuda de algum familiar, mas na maioria das vezes, eles acabam tendo que voltar para o trabalho, buscando trabalho informal. Trabalham com dor até o ponto que não dá mais (Trabalhadora da Saúde entrevistada).

Os trabalhadores adoecidos sentem-se em uma posição inferior a seus pares, por não produzir da mesma maneira e pelas inúmeras restrições sentem-se “diferente e desigual.” O sentimento de culpa e de fracasso, a dependência financeira de outras pessoas para a sobrevivência também traz sofrimento, pois deixam de ser reconhecidas pelo trabalho e como pessoas produtivas (RAMOS et al., 2010, p. 209).

Sobre a percepção acerca da relação trabalho e saúde na atualidade, todas as trabalhadoras entrevistadas afirmaram que não é possível trabalhar e não adoecer. O relato a seguir é ilustrativo:

[...] adocece, porque nas empresas eles prometem uma coisa e não cumprem [...] dizem pra nós que vamos revezar pra não fazer sempre a mesma coisa [...] foi prometido mas nunca fizeram. Ninguém lá ta preocupado com o trabalhador, só prometem melhorar mas isso não existe na empresa (Trabalhadora 04).

Nesse sentido, há a compreensão de que os locais de trabalho, em especial nas empresas, têm uma organização do processo produtivo que contribui para o adoecimento, seja, por que há muita cobrança, seja por que determinadas condições (que poderiam evitar o adoecimento) não são atendidas.

Importante destacar, também, que as trabalhadoras entrevistadas indicaram que somente reconheceram que suas doenças estavam relacionadas com o trabalho que realizavam depois do adoecimento. É provável que em função de terem o diagnóstico de LER/Dort relacionam apenas o risco ergonômico como causador de doença do trabalho.

5.2.4.2 Avaliação em relação às políticas existentes nas empresas visando a saúde dos trabalhadores

Em relação ao conhecimento da política das empresas em relação à ST ficou clara a insatisfação dos trabalhadores com o atendimento dos profissionais do SESMT, segundo as falas: “Os médicos deles nunca perguntaram se a gente tem dor nas costas, nos braços, nada [...] era só apta para o serviço” (Trabalhadora 02). “[...] nem os técnicos de segurança ajudam [...] nem a CAT eles querem nos dar em caso de acidente [...] é só no papel” (Trabalhadora 04).

[...] na fumageira que trabalhei era tudo fachada, quando tem mais gente eles parecem bonzinhos, mas depois o supervisor chama na sala dele e diz, é assim [...] assim. Outra coisa, se tu está triste, com dor, por que o serviço é pesado [...] eles dizem: vai resolver teus problemas familiares em casa e não traz para a empresa. Eu passei por isso numa empresa (Trabalhadora 01).

Nessas entrevistas percebeu-se com clareza o sentimento de que a culpa é sempre do trabalhador, os problemas nunca são decorrentes do trabalho. Essa percepção também foi mencionada no capítulo 4 da tese, quando os sindicatos recebem os trabalhadores com a queixa do profissional de saúde que não relaciona a doença com o trabalho, atribuindo o problema de saúde a causas familiares.

Um depoimento, mais do que mostrar insatisfação ao modo como as empresas abordam a questão da saúde dos trabalhadores, fez referência a uma experiência de demissão, em decorrência de suas necessidades de tratamento de saúde:

Não, não, eles me botaram pra rua. Eu tinha três autorizações pra trocar de setor e aí eu tinha duas consultas, porque o médico da firma me dava só injeção pra dor uma vez por mês, pagava e tudo. Aí eu tinha duas consultas em Porto Alegre pra fazer o exame do braço, mas eles não deixaram eu ir, porque tinha aqui outra pessoa da linha. Aí um cara que trabalhava com nós ali pertencia ao sindicato; ele que marcou e ele que teve que desmarcar as consultas também. Aí na terceira autorização eles vieram me trocar, já era umas quatro e meia da tarde, vieram me trocar. Aí eles disseram [...] e eles ameaçavam, se tu não fazia serão tu ia pra rua e ainda me prometeram [...] (Trabalhadora 04).

Em relação as ações de saúde e segurança desenvolvidas nos SESMTs das empresas, Seligmann-Silva (2011, p. 312) destaca que no setor privado estes serviços ocupam uma posição geralmente distante “dos núcleos onde são tomadas as decisões referentes aos processos de produção e ao trabalho humano”, impossibilitando maiores intervenções. As consequências dessa falta têm redundado, paradoxalmente, em custos humanos e econômicos. No que se refere as políticas adotadas pelas empresas em relação à saúde dos trabalhadores discutidas no item 5.1, obteve-se duas opiniões distintas. A maioria das empresas de pequeno porte, que não constituem um SESMT e que terceirizam o serviço de saúde ocupacional não cumprem integralmente as normas regulamentadoras que tratam dos programas de segurança e saúde e consideram, na maioria das vezes, meros atos burocráticos, sem validade. “A gente na verdade, pra te dizer assim isso é contrato de fachada. A gente faz os exames, essa parte...a gente usa essas empresas praticamente pra exames admissionais e demissionais né” (Empresário 11). O que nos leva ao entendimento que os serviços terceirizados nessa área de atuação não são efetivos. Por outro lado, as empresas maiores, que possuem um SESMT constituído destacaram a importância da prevenção e o desenvolvimento das ações de saúde além dos programas estipulados pela legislação, conforme fala: “Temos investido no SESMT da empresa. É importante que se tenha os profissionais: médico, enfermeiro, técnico de segurança [...] dentro da empresa para cuidar da saúde e segurança do trabalhador” (Empresário 10).

Portanto, mudar a cultura organizacional envolve mudança nas pessoas que fazem parte desse processo (DUCK, 1999). A baixa adesão dos trabalhadores aos programas preventivos, as mudanças nos processos de trabalho aparecem como um problema nas empresas, conforme entrevista: “Nós temos aqui um pessoal, uns funcionários que tem um nível de escolaridade menor [...] estão aqui há anos e tem uma mente um pouco mais fechada, então é difícil de aceitarem mudanças, de participar da CIPA e outras questões” (Empresário 15).

Diante disso, as empresas maiores avaliam as ações de saúde e segurança de forma positiva, entendendo que deva acontecer de maneira compartilhada e que faça sentido para todos. Já as empresas de pequeno porte apresentam dificuldades econômicas para investir na segurança e saúde de seus trabalhadores. Além de mencionarem que os investimentos financeiros são altos para que se tenha saúde e segurança no trabalho, a falta de conscientização e qualificação profissional foram apontadas com grande dificuldade pelos empresários.

5.2.4.3 Avaliação em relação às políticas públicas de prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores

Sobre o conhecimento das políticas públicas relacionadas à saúde do trabalhador, as trabalhadoras entrevistadas afirmaram que não conhecem “direito”, mas destacaram a importância da assistência recebida pelo CEREST/Vales, conforme registra o seguinte relato: “No meu município o atendimento pelo SUS é ruim [...] para tratar a minha doença do trabalho daí eu tenho que vir aqui, aqui eu tenho um bom atendimento” (Trabalhadora 06). “Lá no meu município eu nem me trato muito. Aqui eles tratam muito bem as pessoas, sempre me ajudaram muito” (Trabalhadora 03).

Nestas opiniões percebe-se como “pano de fundo” o quanto os serviços de saúde, especialmente a atenção básica por ser a porta de entrada ao sistema de saúde, apresenta dificuldades em reconhecer e desenvolver a política pública de saúde do trabalhador. Para evidenciar esta questão, Mendes et al. (2016, p. 239) destaca os desafios do CEREST no RS na relação com a atenção básica. As ações de ST estão distantes de realizar “diagnóstico, vigilância, direito à informação, entre outros”. Um dos aspectos envolvidos nesta questão é a importância e a complexidade do trabalho dos profissionais da atenção básica, pois atendem uma demanda recheada de múltiplas queixas dos usuários, sendo necessário um atendimento “multidimensional”. Aliado a essa situação do atendimento, por vezes sozinho, as diversas demandas atendidas não encontram amparo em medicamentos ou programas de saúde eficazes que respondam às necessidades da população atendida.

As trabalhadoras que concederam as entrevistas residiam em Santa Cruz do Sul, Vale do Sol, Vera Cruz e Venâncio Aires, ficando claro que a maioria dos municípios onde não há serviço especializado em ST, os trabalhadores não recebem atendimento adequado e acabam sendo encaminhados para o CEREST.

Deve-se considerar relevante o elogiado trabalho desenvolvido pelo CEREST no que se refere ao atendimento aos trabalhadores. Porém destaca-se a importância do apoio matricial para o trabalho dos profissionais da atenção básica “e para a construção de uma linha de cuidado que potencialize o desenvolvimento de conhecimento e habilidades de gestão do cuidado aos usuários – trabalhadores pela atenção básica” (MENDES et al., 2016, p. 243).

Quanto as ações de promoção e prevenção desenvolvidas, as trabalhadoras entrevistadas destacaram a importância do trabalho desenvolvido pela UMREST de Santa Cruz do Sul e CEREST/Vales, como está indicado no registro das seguintes falas: “[...] aqui eu participo de grupos, sou orientada também individualmente” (Trabalhadora 01). “[...] aqui é muito bom ... conversas, fisioterapia individual e em grupo” (Trabalhadora 04). “[...] geralmente a gente se queixa de dor, toma um remédio e deu, né [...] essa doutora aqui examina, a última vez que consultei pegou meus braços, levantou, me examinou, pediu exames” (Trabalhadora 02).

5.3 Saúde e políticas de saúde numa perspectiva regional: contextualizando a construção Política de Saúde do Trabalhador na Região 28 de Saúde

Este tópico pretende, resumidamente, destacar as principais considerações desse estudo que buscou respostas para o questionamento que intitula esta tese: Quando a saúde dos trabalhadores é uma questão de saúde pública? A construção social de uma política de saúde dos trabalhadores na Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul. O embasamento teórico que orientou esse estudo permitiu que a análise dos dados considerasse a dinâmica do capitalismo desde as últimas décadas do século XX, fazendo uma articulação com as mudanças no mundo do trabalho e as repercussões nas formas de organização da produção, no controle sobre o trabalhador e, conseqüentemente, na saúde dos que trabalham. Como indicado, são mudanças que estão interligadas, na medida em que as transformações nas estratégias (globais) de acumulação do capital condicionam os mercados, mas também as formas de organização do processo de produção e de trabalho, repercutindo nos modos de inserção dos trabalhadores tanto nos mercados de trabalho quanto nos processos de trabalho.

O contexto histórico apresentado nos capítulos iniciais desta tese mostrou que os direitos dos trabalhadores surgiram a partir de mobilizações sociais, sendo que as primeiras normas trabalhistas foram criadas no momento em que os trabalhadores perceberam que o trabalho desenvolvido naquelas condições era fonte de exploração econômica e social, fazendo com que o Estado passasse a intervir nas relações entre empregados e empregadores. As questões

envolvendo saúde do trabalhador no Brasil intensificaram-se com o movimento da reforma sanitária na década de 1980, quando foi incorporada na Lei Orgânica de Saúde, que define as competências do SUS. A reforma sanitária propunha um sistema de saúde de caráter universal, integral e descentralizado, valorizando os espaços institucionais de participação e oportunidades de acesso.

O Estado brasileiro, gestado por governos de orientação neoliberal durante os anos 1990, fragilizou as políticas públicas, afastando o trabalhador dos direitos da seguridade social e conseqüentemente o reconhecimento das doenças relacionadas ao trabalho. O crescimento econômico em detrimento dos direitos sociais e a limitação do Estado nas ações de saúde são alguns aspectos que desafiaram a implementação de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Em meio a tal contexto pôde-se perceber que não se pode trabalhar apenas com uma perspectiva normativa, em que o processo de institucionalização das políticas de saúde do trabalhador por si só consiga dar conta da complexidade que compreende o campo da saúde.

Diante da amplitude do tema proposto, da diversidade das opiniões e interesses analisados para a construção desta tese pôde-se constatar algo em comum – saúde e trabalho representam o alicerce para a construção da vida dos sujeitos entrevistados.

Essa percepção iniciou nas primeiras abordagens realizadas durante a coleta dos dados com os trabalhadores, que aleatoriamente foram convidados para participar do estudo, respondendo um questionário nas ruas dos treze municípios que contemplam a Região estudada. O sentimento de que o tema era bem aceito pelas pessoas, demonstrando interesse em falar sobre trabalho e saúde, foi um aspecto muito positivo para continuar com motivação em cada dia na coleta dos dados. Apesar de fazerem parte da mesma região e as coletas serem realizadas no meio urbano, participaram trabalhadores do meio rural, contemplando diferentes vivências não só no tipo de atividade ocupacional, mas também de vida, de escolaridade, de oportunidades, de idades, entre outros aspectos já mencionados nesta tese.

No contexto de trabalho, as percepções sobre a relação trabalho e saúde, expostas nesta tese, demonstram que estar estressado, sofrer ou adoecer no ou pelo trabalho é uma situação que é aceita em diferentes espaços, podendo, inclusive, ser vista como requisito para manter de forma competitiva em ambientes de trabalho. Já os trabalhadores que apresentam limitações físicas e psíquicas para continuar trabalhando sentem-se envergonhados, excluídos do mundo do trabalho e, ainda, demonstram arrependimento pela falta do autocuidado, argumentando, na maioria das vezes, o desejo de voltar no tempo e fazer diferente.

Diante disso, percebeu-se que a cultura do trabalho presente desde a infância, a falta de conhecimento dos trabalhadores em relação aos agravos relacionados ao trabalho e o apelo por produtividade de maneira desenfreada por parte de algumas empresas contribuem para o adoecimento de muitos trabalhadores, que ainda em idade produtiva estão impossibilitados para o trabalho. Os trabalhadores doentes que necessitam continuar no mercado de trabalho admitem utilizar diversas estratégias para manterem-se ativos e para conviver com as doenças relacionadas as suas condições de trabalho. A importância da prevenção foi destacada por todos os trabalhadores adoecidos, profissionais do setor público de saúde e alguns empresários como a primordial estratégia para uma relação possível entre trabalho e saúde.

Com a visão para o lado de dentro das empresas, pôde-se perceber que a maioria dos empresários avalia o trabalho e suas implicações para a saúde do trabalhador nos aspectos físico e psíquico, porém com o viés da produção e, nesse sentido, para muitos é visto como parte do processo produtivo em que o desenvolvimento econômico supera os sentidos do trabalho. Muitos empresários e representantes das empresas consideram a prevenção uma estratégia importante, especialmente quando esse cuidado passa a ser uma condição para a valorização do seu produto. Também enfatizam que investir no bem-estar do trabalhador e no ambiente de trabalho gera vantagens para a saúde do trabalhador, que adocece menos e sofre menos acidentes de trabalho, e para a saúde econômica da empresa, que aumenta a produção e tem menos absenteísmo. Para algumas empresas investir na QVT tem sido uma estratégia para motivar o trabalhador a se comprometer com a empresa e destacam que, na atualidade, a maioria das empresas tem acesso a recursos tecnológicos de ponta e o diferencial das empresas mais competitivas é a qualidade da mão de obra, sendo o trabalhador a verdadeira potência da empresa.

Os resultados mostram que as empresas maiores constituem SESMT e costumam receber visitas fiscalizatórias do MTE, que cobra adequações nos maquinários, faz avaliações dos postos de trabalho, entre outras ações que podem ter influenciado estas empresas a realizarem rodízios e ginástica laboral nos ambientes de trabalho. Por outro lado, a falta de fiscalização nas empresas de pequeno porte favorece a invisibilidade das reais condições e ambientes de trabalho de muitos trabalhadores dessa região. Nesse sentido, entende-se que o e Social poderá auxiliar nas questões relacionadas a trabalho-saúde-doença, pois os dados das empresas e dos empregados passam a ser automaticamente informados pelo portal eletrônico do sistema, facilitando a fiscalização por parte do governo.

Quanto às mudanças no processo produtivo, observou-se que as empresas, para garantir maior produtividade, modificaram o processo de trabalho, criando postos de trabalho e envolvendo o trabalhador no processo produtivo para pensar em estratégias para o aumento da produtividade. Outro aspecto que envolve mudanças no processo de trabalho está relacionado à jornada de trabalho. A maioria das empresas do ramo industrial e principalmente do comércio almejam que os trabalhadores façam mais horas extras para não contratar outros trabalhadores. No momento da coleta dos dados o país discutia sobre a reforma trabalhista e em 13 de julho de 2017 foi aprovada a Lei 13.467, que altera a CLT. Especificamente sobre horas extras, ficou estabelecido no “Art. 59 que a duração diária do trabalho poderá ser acrescida de horas extras, em número não excedente de duas, por acordo individual, convenção coletiva ou acordo coletivo de trabalho”. Durante a coleta dos dados pôde-se perceber a tensão dos trabalhadores e dos empresários sobre a reforma trabalhista, também no que se refere as horas extras.

Os investimentos em recursos tecnológicos diminuíram os acidentes de trabalho e as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, mas mesmo com esses investimentos os trabalhadores continuam adoecendo. Um aspecto que agrava a situação de adoecimento dos trabalhadores na atualidade diz respeito ao sofrimento psíquico, que também surge nos indivíduos que sofrem algum agravo relacionado ao trabalho e passam a ser discriminados nas empresas, inclusive pelos colegas de trabalho. Nas falas dos empresários pôde-se perceber, em muitos momentos, que os indivíduos são classificados como “normais” ou “anormais”, como “produtivos” ou “improdutivos”. Como indicam Araújo (2016) e Butierres; Mendes (2016), o trabalhador que apresentar falta de disciplina ou ser portador de alguma doença sofre discriminação e, somado a invisibilidade social que cerca os agravos relacionados ao trabalho, a discriminação desses trabalhadores tem um caráter excludente, ampliando o sofrimento e a desigualdade social.

Ao analisar as percepções dos empresários sobre a relação entre o trabalhador e sua saúde, destacam a “dor” como a mais frequente queixa dos trabalhadores, sendo a LER/DORT e o sofrimento mental as principais causas do absentéismo. Na maioria das empresas de pequeno porte não ocorre absentéismo, a relação entre trabalhador e empregador é mais próxima, o que facilita a negociação dos dias de folga quando necessário. Já nas empresas maiores os trabalhadores são ameaçados e/ou punidos pelo absentéismo, sendo muitas vezes motivo de corte nos benefícios ou demissões.

Os empresários estão a favor da terceirização e também a valorização da “inclusão do trabalhador” nas decisões da empresa, estimulando o trabalhador a pensar para a empresa, inclusive denominando-o “colaborador”. Diante desse contexto a saúde dos trabalhadores se fragiliza, o clima organizacional e a pressão por resultados torna o “colaborador” solitário, mais competitivo, desfavorecendo os ideais coletivos. Quanto aos agravos relacionados ao trabalho, pôde-se concluir que os empresários entendem que este problema existe por “culpa” do trabalhador e almejam diminuir o número de trabalhadores.

Os empresários e as lideranças empresariais desconhecem as políticas públicas de saúde do trabalhador e manifestam insatisfação com o Sistema Único de Saúde, principalmente quando se trata de atendimento curativo – demanda pontual, entendendo assistência à saúde pelo SUS, somente, para tratamento de doenças. Reconhecem os serviços especializados em saúde do trabalhador (UMREST e CEREST) como instituições eminentemente fiscalizatórias, o que denota falta de apoio e ação governamental para o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde e prevenção das doenças relacionadas ao trabalho.

É importante enfatizar que os desafios teóricos metodológicos ainda presentes no campo de saúde do trabalhador se relacionam com o objeto de interesse de cada ator, cuja polissemia está presente desde a incorporação das ações de saúde do trabalhador no SUS, do MTE e empresas. As Normas Regulamentadoras, que orientam as ações do MTE, não convergem com as políticas públicas de saúde do trabalhador. Enquanto os espaços de trabalho (empresa) e de saúde (SUS) permanecerem com conceitos distintos não haverá efetividade na relação saúde e trabalho. Essa distinção pode ser percebida inclusive entre os profissionais de saúde que atuam nas empresas e no SUS. O discurso dos profissionais de saúde envolvidos com “saúde do trabalhador” prioriza ações de caráter preventivo e de promoção da saúde, ampliando o conceito de risco e envolvendo a participação do trabalhador. Já os profissionais envolvidos com “saúde ocupacional” realizam prevenção, porém seguem um conceito em que o risco existente é aquele que pode ser avaliado ou medido, por vezes desconsiderando os riscos não mensuráveis e as necessidades subjetivas de saúde do trabalhador. Nesse entendimento, a falta de aproximação dos conceitos nos próprios órgãos públicos ligados ao governo, como por exemplo o MTE e o CEREST, prejudicam o reconhecimento das causas dos agravos relacionados ao trabalho, favorecendo a invisibilidade e dificultando ações de cunho preventivo.

Entre os trabalhadores entrevistados nesta pesquisa, os conceitos relacionados ao processo saúde-doença e trabalho também diferem. A coleta de dados junto aos trabalhadores deu-se de maneira aleatória, envolvendo diferentes idades, qualificação profissional e tipo de

atividade ocupacional. Nesta configuração, encontrou-se nos trabalhadores jovens uma situação de maior qualificação profissional, de maior dispersão no mercado de trabalho, indicando alta rotatividade nos seus empregos, maior dificuldade de perceber relações entre saúde e trabalho. A maioria dos trabalhadores com mais de 45 anos de idade possuem menor escolaridade, começaram a trabalhar mais cedo e sentem que o trabalho pode adoecer, mesmo não relacionando as suas queixas de doenças com o trabalho. Ficou evidenciado que a experiência de adoecimento no trabalho é uma condição importante para que essa questão seja valorizada, atentando-se para a prevenção e para os lamentos pela falta de cuidado com a sua saúde no trabalho quando mais jovens.

Assim, evidencia-se a importância do combate ao trabalho infantil, a importância de investimentos na qualidade da educação, a realização de atividades de educação em saúde para os trabalhadores jovens valorizarem a prevenção e a prática do autocuidado. Também há necessidade de aprimorar o conhecimento dos profissionais de saúde para identificarem o trabalho como determinante no processo saúde-doença, facilitando tanto nos diagnósticos e tratamentos como no processo de educação em saúde. Nesse sentido, as ações de saúde do trabalhador devem abranger o trabalho domiciliar e informal, pois os trabalhadores na contemporaneidade não se encontram apenas nos espaços formais de trabalho.

Edith Seligmann-Silva (2011, p. 34) destaca que os fatores condicionantes do processo saúde-trabalho caminham juntos com as desigualdades sociais, econômicas e de direito e, nesse sentido, pôde-se verificar durante a construção dessa tese o quanto os caminhos percorridos pelos usuários portadores de doenças crônicas como a LER/DORT são repletos de dificuldades, sem chances de escolher um outro caminho.

Os profissionais dos serviços especializados em saúde do trabalhador entendem que a crescente demanda de trabalhadores com sofrimento psíquico está relacionada com a organização do trabalho e a necessidade de articulação entre a política de saúde do trabalhador e saúde mental. Segundo Perez; Bottega; Merlo (2017, p. 295) “trabalhar a questão da integralidade em saúde do trabalhador representa articular ações nos mais diversos âmbitos que transversalizam as relações dos sujeitos com suas atividades de trabalho”. A relação saúde mental e do trabalhador se dá, por exemplo, quando a política se refere à saúde integral dos trabalhadores e trabalhadoras; quando os dados estatísticos mostram que as doenças psíquicas incapacitam as pessoas para o trabalho; quando os dados da previdência social destacam “os transtornos mentais e comportamentais” como a “terceira principal causa de concessão do auxílio doença”. O uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores também pode estar

relacionado com o sofrimento e adoecimento relacionado ao trabalho (PEREZ, BOTTEGA; MERLO, 2017, p. 292).

Diante das novas configurações das relações de trabalho surgem também novas demandas relacionadas aos agravos do trabalho, o que exige uma atuação mais qualificada dos profissionais de saúde. Talvez esse seja um dos motivos de muitos municípios encaminharem os pacientes com doença relacionada ao trabalho para o CEREST, não conseguindo tratar de forma adequada na rede municipal de saúde.

Este estudo reafirma a necessidade da ST ser consolidada socialmente, reconhecendo a centralidade do trabalho nesse processo. A demanda de trabalhadores adoecidos pelo trabalho tem aumentado e os diagnósticos das doenças do trabalho não são realizados precocemente ou os tratamentos não são efetivos, pois os trabalhadores têm chegado aos serviços especializados em ST quando a doença já se agravou e sentem-se sem condições para retornar ao trabalho. A falta de conhecimento sobre as doenças relacionadas ao trabalho por parte dos trabalhadores também está relacionada a falta de autocuidado. Se os trabalhadores não identificam os riscos ocupacionais acabam se expondo até adoecer.

Seria a saúde do trabalhador uma questão de saúde pública? Diante da relevância desse tema para a vida dos sujeitos da região estudada, constata-se a necessidade de maior aproximação entre os diversos segmentos envolvidos com a ST para desenvolver ações que viabilizem melhores condições de vida e trabalho para todos os trabalhadores e trabalhadoras e para que as doenças relacionadas ao trabalho não tornem-se visíveis apenas quando aparece a lesão propriamente dita, ou quando o trabalhador não consegue mais produzir e o baixo rendimento é apontado pela empresa.

No contexto atual os males relacionados ao trabalho apresentam fatores de risco além daqueles identificados pela saúde ocupacional desenvolvida nas empresas, que podem ser medidos e classificados em físicos, químicos, biológicos e ergonômicos. Os agravos estão mais relacionados as novas formas de organização e de gestão do trabalho, que subjetivamente e lentamente adoecem os trabalhadores. Nesse sentido, entende-se que as condições de trabalho sejam evidenciadas levando em consideração todo o processo de trabalho, envolvendo os processos subjetivos que não podem ser classificados nos padrões estabelecidos pelas normas regulamentadoras, mas que precisam ser identificados pelos profissionais que cuidam da saúde dos trabalhadores. Além da necessidade de serem melhor avaliadas as reais condições de trabalho, é preciso que a sociedade reconheça os riscos para que possa se proteger. Como afirma

Lourenço:

A política de saúde do trabalhador não pode ser vista monoliticamente a partir do agravo já instalado, restando-lhe a assistência e a busca da reabilitação, isso é importante, mas não é tudo. Do ponto de vista da determinação social da doença, deve ser considerada a historicidade dos agravos e a visão epidemiológica, ou a relação de determinadas profissões com determinados problemas” (LOURENÇO, 2009, p. 365).

Ao considerar os diversos aspectos envolvidos na saúde do trabalhador, pode-se observar que um trabalhador em boas condições de saúde inclusive produz mais, o que repercute também nas lucratividades das empresas. Para ter boa saúde o trabalhador precisa ser instruído sobre seu processo de trabalho e as condições em que o realiza, o que remete à necessidade de informação por parte do trabalhador, mas também ao comprometimento das empresas. O trabalhador mais instruído trabalha melhor e tem mais condições de se proteger, adoecendo menos em função do trabalho, e isto tem reflexos na saúde individual e coletiva.

Considerando o processo histórico da construção da Política Pública de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador nesta Região, constituída de forma coletiva e sendo um exemplo concreto de participação social no Estado (integrando os municípios, a 13ª CRS, os sindicatos de trabalhadores, os usuários/trabalhadores de serviços de saúde, os profissionais de saúde, os gestores e docentes da Universidade) esta precisa ser reativada. A força coletiva mostrou-se fundamental no passado para que a saúde do trabalhador tivesse visibilidade nesta Região. A história recente mostra que nos períodos em que as políticas de governo apoiavam as questões relacionadas à saúde do trabalhador houve avanços neste campo.

No contexto atual, há fragilidades na atuação do controle social e na própria atuação dos serviços especializados, que passam por diminuição de equipes e de estrutura física, prejudicando o atendimento aos trabalhadores. As dificuldades para realizar ações de vigilância foram mencionadas pela CRS, quando relata as frequentes trocas de gestores nas secretarias municipais de saúde; pelos serviços especializados (CEREST e UMREST) na falta de uma legislação que dê autonomia para atuar e pelos membros da CIST, pela dificuldade de alguns gestores entenderem a importância dessa ação, demonstrando desinteresse e até mesmo proibição na participação pela instância municipal. Outros aspectos que dificultam o desenvolvimento das ações de saúde dos trabalhadores na região de estudo são os conflitos entre as diferentes entidades de saúde, tornando o trabalho interdisciplinar ineficiente. Observou-se que os diversos segmentos envolvidos com a saúde do trabalhador mantêm pouco diálogo entre si, dificultando a percepção e o conhecimento dos diversos aspectos que cercam

a saúde dos trabalhadores, prejudicando a adoção de medidas interdisciplinares que contemplem a promoção da saúde do trabalhador. Além disso, os profissionais de saúde que atuam nesta área manifestaram sentimento de discriminação pelos próprios colegas de outros setores da saúde, pelos gestores e empresas, o que os coloca em posição defensiva. Em outros segmentos também não ocorrem ações conjuntas, as empresas e as lideranças empresariais não dialogam com os sindicatos nem com os serviços públicos de saúde, dificultando o desenvolvimento e o reconhecimento das ações de ST.

Enfim, esses apontamentos devem servir de estímulo para reagir, para criar estratégias que permitam dar maior visibilidade à saúde do trabalhador. Ao analisar essa temática por natureza complexa e conflitiva, evidencia-se a necessidade de abordagens interdisciplinares e articulações intersetoriais e intrainstitucionais que contemplem os diversos elementos envolvidos na relação trabalho e o processo saúde-doença. As políticas de saúde do trabalhador expressam processos sociais onde seus agentes são influenciados pelas singularidades históricas, pelas tendências macroestruturais como os novos padrões da terceirização, da precarização do trabalho, do trabalho informal e do desemprego, trazendo implicações para a saúde e vida dos trabalhadores. São condicionamentos fundamentais para a compreensão do quanto a saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras pode (ou não pode) tornar-se um fenômeno público, sendo discutida e impulsionando ações coletivas nas esferas de decisão que a sociedade constitui e não na esfera das relações individuais e privadas.

CONCLUSÕES

Esta tese analisou como ocorre o processo de regionalização da política de atenção integral à saúde dos trabalhadores na Região 28 de Saúde/RS, muitos dados e argumentos foram considerados para que fosse possível envolver todo o contexto de elementos que direta ou indiretamente estão relacionados ao tema. As considerações finais retomam os objetivos da tese buscando sistematizar os principais resultados alcançados, indicando os limites e abrindo possibilidades para novas investigações acerca da temática.

Como ocorre o processo de regionalização da política de atenção integral à saúde dos trabalhadores na Região 28 de Saúde/RS? Para responder esta questão utilizou-se como suporte teórico-metodológico o materialismo histórico. Assim, a tese foi estruturada, inicialmente, a partir de marcos teóricos capazes de dar suporte às discussões propostas. As ações e a política de saúde do trabalhador expressam processos sociais em que seus agentes não estão isolados, compreendendo diferentes interesses, formas de institucionalidade e formas de relacionamento social e político. O olhar sobre as singularidades históricas condicionadas pelas tendências macroestruturais, trazidas para o objeto da presente tese, orientaram a análise dos dados. Para tanto, mesmo reconhecendo os limites na construção teórica do quadro histórico envolvendo os aspectos sociais do trabalho, houve um esforço para que essa análise articulasse a realidade singular com a universal.

Quanto à estrutura da tese, o segundo capítulo dedicou-se as questões relacionadas à reestruturação do modo de produção capitalista, as mudanças no trabalho e a saúde dos trabalhadores. Destacou os aspectos que caracterizam a dinâmica histórica de desenvolvimento do capitalismo a partir das últimas décadas do século XX, enfatizando o modo de produção, as relações sociais, a inserção dos trabalhadores, a organização do processo produtivo e de trabalho, a formação da identidade e da subjetividade dos trabalhadores, as formas de adoecimento e enfrentamento dos problemas relacionados à saúde do trabalhador e as tendências de privatização da saúde do trabalhador.

O terceiro capítulo tratou dos desafios na construção de uma política pública de atenção integral em saúde do trabalhador no Brasil, em diferentes épocas históricas. Ao mesmo tempo, o capítulo analisou o movimento contraditório dos interesses econômicos e sociais, em que se

viveu o processo de reestruturação do padrão de desenvolvimento capitalista (a organização do trabalho como flexível e a saúde como um direito universal e dever do Estado) e por fim, contextualiza a construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no século XXI.

Nos dois últimos capítulos da tese foram discutidos os resultados da investigação empírica. O quarto capítulo analisou o processo de institucionalização da política de atenção integral em Saúde do Trabalhador na Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul e das ações realizadas pelo setor público, visando a construção de uma política regional de saúde dos trabalhadores. De acordo com a gestão do SUS, a Região 28 de Saúde foi sistematizada com o intuito de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Através da realização desse estudo foi possível perceber que os trabalhadores dessa região estão inseridos num contexto definido a partir da concepção neoliberal, com características do processo de reestruturação produtiva que prioriza o crescimento econômico em condições muitas vezes desfavoráveis para o trabalhador.

No período em que iniciou a construção da Política Pública de ST nesta região, a situação de saúde dos trabalhadores era grave. No município em que foi criada a primeira Unidade de Referência em Saúde do Trabalhador no interior do Estado do Rio Grande do Sul havia grandes empresas, sendo a maioria do setor fumageiro; a maioria dos trabalhadores industriais eram safristas, permanecendo empregados somente por alguns meses do ano e no período de entressafra esses trabalhadores ficavam sem ocupação, morando em zona periférica, próxima ao local onde estão concentradas as indústrias fumageiras, em condições precárias de moradia e saneamento básico. Os dados epidemiológicos mostraram que ocorriam muitos acidentes de trabalho, dificuldades nos encaminhamentos junto ao INSS para perícia médica e nos atendimentos do SUS, médico e hospitalar. No Centro de Informações Toxicológicas haviam muitos casos de intoxicação por agrotóxicos, apontando a grave situação dos trabalhadores rurais, apesar de poucos estarem relacionados ao trabalho. Todas essas informações representavam a necessidade de investimentos na implantação das políticas públicas de atenção integral à saúde dos trabalhadores.

Alguns dados sociodemográficos recentes apresentados neste estudo evidenciaram que o número de vagas no mercado formal de trabalho é insuficiente se considerarmos a população economicamente ativa, o que demonstra que grande parte da população está na informalidade. A maioria dos empregos formais da região encontra-se no setor de serviços. A concentração econômica está no município de Santa Cruz do Sul, seguido de Venâncio Aires. São

preocupantes os dados relacionados à escolaridade. Os municípios com menor número de habitantes apresentam maior número de domicílios no meio rural, expressando uma realidade onde a agricultura familiar tem grande importância. Assim, pode-se destacar a importância do planejamento ocupacional local, já que as atividades voltadas para a agricultura são, na grande maioria destes municípios, a principal alternativa de subsistência.

Durante a construção do processo de institucionalização da política de Saúde do Trabalhador nesta região foi possível identificar o importante papel da Universidade de Santa Cruz do Sul, tanto pelo aporte teórico como prático, com a participação de professores e acadêmicos nos atendimentos e acompanhamento dos trabalhadores que apresentavam agravos relacionados ao trabalho, dando visibilidade a estas questões, especialmente para os movimentos sindicais que levavam muitas discussões para o Conselho Municipal de Saúde. Ressalta-se que esse movimento de articulação intersetorial e institucional na construção da política de saúde do trabalhador na região traduz uma característica específica à realidade estudada.

Apesar desse movimento em prol da saúde do trabalhador, o SUS não estava preparado para atender a demanda de trabalhadores adoecidos e os próprios profissionais apresentavam dificuldades em identificar os agravos relacionados ao trabalho. Pode-se dizer que com a institucionalização da política de ST criaram-se os primeiros espaços de saúde, objetivando desenvolver principalmente as ações de prevenção e de promoção da saúde, e não apenas uma prática curativa. Até então as ações de saúde do trabalhador aconteciam somente com os atendimentos médicos disponibilizados nos sindicatos e havia desconhecimento sobre a importância do trabalho em rede, da atenção básica de saúde.

Com a criação da Unidade Municipal em Saúde do Trabalhador ampliaram-se os espaços de participação social, reativando o Conselho Regional de Saúde, que contava com a participação dos trabalhadores e sindicalistas envolvidos com essas questões, fortalecendo a construção da política de ST em conjunto com a Universidade de Santa Cruz do Sul e gestores, que visualizavam a importância desse campo de atuação. Para o processo de regionalização criaram um protocolo de implementação da atenção integral à ST no RS, visando organizar e implantar a descentralização e regionalização da atenção integral à ST. A partir desse documento, os gestores municipais e estadual tinham a base do funcionamento do processo, compreendendo as atribuições de cada instância e até mesmo pactuando ações e responsabilidades de forma integrada. Para incluir toda a população de trabalhadores dessa região aderiram uma rede de serviços especializados, saindo do âmbito municipal para o

regional. Nesse sentido, o Centro Regional de Saúde do Trabalhador teve que considerar as especificidades do território para a composição da equipe técnica e para o planejamento das ações.

Os principais desafios para o desenvolvimento das ações de ST na região evidenciam: no aspecto econômico houve grandes investimentos para a criação de redes de atenção na ST, no entanto, a fração que deveria ser repassada a cada município não existiu, tornando-se um recurso regional; a incorporação do trabalho como um determinante da saúde; a alta rotatividade dos profissionais de saúde e dos gestores; o trabalho da vigilância em saúde apresenta dificuldades para ser realizado de forma integrada, havendo desarticulação das vigilâncias (ambiental, sanitária, saúde do trabalhador e epidemiológica) e, especificamente, dificuldades importantes nas ações de vigilância aos ambientes de trabalho; a falta de aproximação entre o Ministério do Trabalho e Emprego, a Previdência Social e o Sistema Único de Saúde por serem áreas afins na saúde do trabalhador e, embora tenha uma política interministerial publicada para esta prática, é um grande desafio a atuação em conjunto; a necessidade de maior articulação no trabalho em rede, de forma que possibilite a articulação entre a rede básica de saúde, a rede hospitalar e Coordenadoria Regional de Saúde para a investigação e notificação dos casos suspeitos; os profissionais que atuam neste serviço também enfatizam sentirem-se discriminados, até mesmo desvalorizados; o controle social enfraquecido; as questões político partidárias; o fato do CEREST não atender demanda espontânea gerou descontentamento dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde; destacam o sentimento de que os serviços especializados em ST (CEREST e UMREST) ainda permanecem por que nenhum gestor quer ter a sua história política marcada pelo encerramento de um serviço; e a falta de repasse dos recursos financeiros pelo Estado.

Quanto às ações e as interações dos sujeitos coletivos que constroem uma política de atenção integral em Saúde do Trabalhador na Região 28 da Saúde concluiu-se que atualmente o controle social está enfraquecido, há apenas duas CIST institucionalizadas. Nos dois municípios que possuem UMREST há desinteresse político e administrativo pela política pública de saúde do trabalhador, mostrando sinais de desativação dos serviços.

Os representantes sindicais destacam que diminuiu o número de vagas no mercado de trabalho e aqueles que permanecem empregados sofrem pressão por produtividade; não há uma preocupação das empresas em melhorar as condições de trabalho e identificam as doenças osteomusculares e o sofrimento psíquico como principais agravos relacionados ao trabalho. Além disso, os sindicalistas ressaltam a importância dos serviços especializados em ST

(UMREST, CEREST), inclusive participaram da sua construção. Porém, referem que os seus usuários não buscam atendimento no serviço especializado (UMREST) como em anos anteriores, suprimindo suas necessidades de saúde na rede básica, o que acaba não sendo efetivo devido à falta de reconhecimento de doenças do trabalho nos diagnósticos médicos. A limitada participação do controle social no SUS também contribui para a desvalorização da saúde do trabalhador na região.

Quanto às percepções dos representantes empresariais, em um entendimento global sobre saúde do trabalhador, não especificamente da concretude da realidade do cotidiano das empresas, estes referem que as mudanças no mundo do trabalho decorrentes da ampliação dos recursos tecnológicos e da automatização não acontecem da mesma forma em todos os setores da região. Enfatizaram que os setores da agricultura e da construção civil não conseguem acessar os recursos tecnológicos, quando comparados a outros segmentos da cadeia produtiva. Destacaram o estresse como a principal causa de doenças relacionadas ao trabalho, especialmente pelo acúmulo de funções decorrentes da evolução tecnológica, que diminuiu o número de postos de trabalho. Todos os entrevistados, representando as lideranças empresariais, demonstraram desconhecimento sobre saúde do trabalhador, considerando apenas os aspectos ligados ao campo da saúde ocupacional como forma de fazer saúde nas empresas. Outro aspecto mencionado durante as entrevistas diz respeito as dificuldades com relação aos trabalhadores que possuem mais de um emprego, pelo fato de adoecerem com maior facilidade, sendo a doença atribuída somente ao local de trabalho formal.

Quanto às políticas adotadas pelas empresas em relação à saúde dos trabalhadores pôde-se constatar que as indústrias, principalmente aquelas voltadas à exportação, entendem os benefícios das cobranças legais exigidas pelo MTE, pois precisam da efetividade das ações de saúde e segurança no trabalho para garantir a certificação de qualidade do seu produto. Outros segmentos de lideranças empresariais entendem que as fiscalizações são excessivas, visando somente o bem-estar do trabalhador e punições para as empresas. Também destacaram que esta fiscalização não é efetiva, pois apenas verificam a existência dos programas como a CIPA, PPRA e PCMSO. Mencionaram desconhecimento sobre as políticas públicas de saúde do trabalhador, destacando a ineficiência do SUS e a falta de ações coletivas de prevenção nas empresas, a nível regional.

O quinto capítulo identificou e analisou as estratégias empresariais na Região 28 de Saúde visando promover a saúde dos trabalhadores, prevenir enfermidades e acidentes e atender os casos de doenças relacionadas ao trabalho, as estratégias que os trabalhadores utilizam para a

prevenção e para o cuidado de doenças relacionadas as suas condições de trabalho.

Para contemplar os objetivos, a primeira abordagem discutiu sobre a saúde e as doenças dos trabalhadores no lado de dentro das empresas, ou seja, na realidade do cotidiano das ações e políticas empresariais de cuidado à saúde de seus “colaboradores”. Para as empresas de médio e grande porte, as mudanças no mundo do trabalho trouxeram com a automação o desemprego, a redução no número de funcionários, gerando um grande problema social. Por outro lado, a automação tem proporcionado qualificação profissional, melhores condições nos ambientes de trabalho, gerando maior segurança e diminuindo os agravos relacionados ao trabalho. A terceirização foi mencionada por alguns empresários como positiva para a saúde econômica das empresas e para a saúde dos trabalhadores. Os sindicatos são vistos de maneira negativa pelos empresários, principalmente pela falta de diálogo com as empresas e pelo fato de não desenvolverem ações para melhorar as condições de trabalho, somente reivindicações, que geralmente ocorrem após o exame médico demissional do funcionário ou quando o trabalhador faz horas extras.

Novamente apareceram nos resultados deste estudo que as empresas relacionam a necessidade de saúde e segurança no trabalho quando essa situação passa a ser uma condição para a valorização do seu produto, mediante o mercado. Assim, algumas empresas destacaram modificações no processo produtivo para adquirir a ISO. Na percepção dos entrevistados, nos últimos anos aumentaram as fiscalizações do Ministério do Trabalho nas empresas para cobrar maior segurança dos equipamentos, o que exigiu das empresas melhores adequações na área de segurança, de ergonomia e da saúde.

Para as empresas de pequeno porte, as mudanças no mundo do trabalho repercutiram na saúde psíquica dos trabalhadores, gerando estresse e danos psicológicos. Para manter-se no mercado de trabalho precisam diminuir o número de funcionários, o que aumenta a pressão por produção e horas de trabalho. Também destacaram como ponto negativo os elevados gastos com encargos sociais impostos pelo governo. Quanto ao cuidado com a saúde dos trabalhadores, organizaram o processo produtivo em setores e implementaram pausas e rodízios nas tarefas repetitivas.

Quando questionados sobre os acidentes relacionados ao trabalho, a maioria dos empresários evidenciou os acidentes de trajeto e apenas dois mencionaram a ocorrência de acidentes de trabalho típicos. A medida que planejaram adotar para minimizar os casos de agravos relacionados ao trabalho foi a modernização do processo produtivo, visando contratar menos trabalhadores e produzir com mais qualidade. Quanto a saúde, os empresários referiram

que as principais queixas dos trabalhadores são as dores em membros superiores. Destacaram a baixa escolaridade dos trabalhadores como um indicador para a falta de adesão ao autocuidado e a resistência em realizar os rodízios que as empresas propõem para evitar lesões osteomusculares. Também apontaram como problema de saúde dos funcionários a dependência do álcool. Com essas percepções dos empresários, pode-se concluir que a solução para minimizar ou eliminar os agravos relacionados ao trabalho é diminuir o número de trabalhadores e a modernização tecnológica do processo produtivo.

Em relação ao absenteísmo, na maioria das empresas este não ocorre. Ficou evidente que a maioria dos empresários não tolera a falta ao trabalho e para evitar demissões estimulam os funcionários para não faltar oferecendo benefícios como brindes mensais, cestas básicas e desconto no próprio estabelecimento comercial que atuam. Algumas empresas utilizam as faltas ao trabalho como justificativa para demissões e, para os safristas, a garantia de não serem chamados para trabalhar na próxima safra.

Quanto as políticas adotadas pelas empresas em relação à saúde dos trabalhadores, concluiu-se que a maioria das empresas de pequeno porte, que terceirizam o serviço de saúde ocupacional, não cumpre integralmente as normas regulamentadoras que tratam dos programas preventivos e os consideram, na maioria das vezes, meros atos burocráticos. Além disso, mencionaram apresentar dificuldades econômicas para investir na segurança e saúde de seus trabalhadores. A baixa adesão dos trabalhadores aos programas preventivos, às mudanças nos processos de trabalho e ao uso de EPIs aparece como um problema nas empresas. As empresas maiores, que possuem SESMT, costumam ser avaliadas e fiscalizadas com frequência pelos coordenadores da empresa e pelo Ministério do Trabalho.

Em relação aos atuais desafios para a Saúde do Trabalhador, mencionaram a atuação dos sindicatos e a precária assistência à saúde como fatores desafiantes. Em relação à saúde destacaram a precariedade por parte do Estado e as dificuldades financeiras para oferecer um plano de saúde para os seus funcionários. Estas considerações evidenciaram que os empresários não possuem uma relação amigável com os sindicatos e, em relação a saúde, uma visão biologicista, centrada no atendimento assistencial curativo, característica da saúde ocupacional.

A categoria que tratou das concepções sobre a Política Pública da Saúde do Trabalhador evidenciou desconhecimento dos empresários sobre a política. Quanto a participação do Estado no campo da ST, foram unânimes em afirmar a falta de apoio, vendo-o como um órgão fiscalizador. Alguns destacaram a falta de empenho nos serviços públicos de saúde para o trabalhador.

Quanto a Previdência Social, argumentaram que as responsabilidades com os trabalhadores, no âmbito da legislação, estão cada vez maiores para as empresas. Os encargos sociais cobrados pelo INSS são descontados mensalmente do trabalhador para auxiliá-lo financeiramente em casos de acidente ou doença, porém, quando o trabalhador necessita do benefício não é contemplado.

Quanto as estratégias utilizadas pelos trabalhadores e trabalhadoras quando lidam com doenças relacionadas ao trabalho, ficou claro que os mesmos reconhecem doenças relacionadas ao trabalho somente após serem acometidos pelo agravo. Ter emprego é sinônimo de saúde para a maioria dos trabalhadores entrevistados e as respostas envolvendo “boas condições de trabalho e satisfação profissional”, também foi entendido como “gostar do que faz”. A maioria dos indivíduos que não possuem diagnóstico de doença relacionada ao trabalho acredita ser possível ter um trabalho que não adoça os trabalhadores e, para que os trabalhadores adoecidos consigam se manter no trabalho, utilizam estratégias como “fingir não estar doente” e “usar medicações para dor”. Os resultados mostram a importância de realizar novos estudos que busquem estabelecer o comportamento do trabalhador que cria estratégias para não faltar ao emprego, mesmo doente, entre elas, o presenteísmo.

Entre os trabalhadores que possuem diagnóstico de doenças relacionadas ao trabalho e que continuam trabalhando, todos começaram a trabalhar na infância, entre cinco e nove anos de idade, realizando trabalhos domésticos como “ajudante”. Relataram que, a partir dos 12 anos de idade, saíram de casa para trabalhar e passaram a ser remunerados, o que caracterizam situações de trabalho infantil.

Ao relatar as dificuldades diárias, mencionaram a humilhação sofrida nos ambientes de trabalho e durante as perícias médicas quando necessitam auxílio previdenciário. Ainda sobre o cotidiano de trabalho, utilizam como estratégia para manter-se no trabalho, o uso de medicações analgésicas e antidepressivas, e, por vezes, utilizam a automedicação. Também acabam buscando um trabalho informal, pois referiram não conseguir trabalhar todos os dias, nem mesmo manter o ritmo de trabalho exigido pelas empresas.

Sobre a percepção acerca da relação trabalho e saúde na atualidade, todos os pacientes entrevistados afirmaram que não é possível um trabalho que não adoça. Também lamentam ter relacionado sua doença com o trabalho somente após o adoecimento. Quanto a avaliação dos trabalhadores em relação às políticas existentes nas empresas no que diz respeito à saúde do trabalhador, ficou clara a insatisfação dos trabalhadores com o atendimento dos profissionais do SESMT, evidenciando que a responsabilidade pelo adoecimento é sempre do trabalhador e os problemas de saúde nunca são decorrentes do trabalho. Sobre o conhecimento das políticas

públicas relacionadas a saúde do trabalhador, destacaram a importância das ações de promoção e prevenção desenvolvidas pela UMREST de Santa Cruz do Sul e CEREST/Vales.

Os profissionais de saúde dos serviços públicos dessa Região relataram avanços e contradições das políticas públicas, especialmente se avaliadas sob o contexto de crescimento econômico em detrimento da saúde dos trabalhadores. Todos os profissionais desses serviços percebem o sofrimento psíquico como um dos principais problemas de saúde dos pacientes que procuram assistência especializada em ST. O assédio acontece para que os trabalhadores mantenham os níveis de produção, com o máximo de suas potencialidades físicas e mentais. Além disso, a desconfiança dos colegas, dos familiares e das chefias em relação a doença do trabalho como LER/DORT gera muito sofrimento nos pacientes, o que dificulta o tratamento. Diante dessa realidade percebeu-se que os trabalhadores estão cada vez mais doentes e quando buscam o serviço especializado em ST a doença já se agravou e, na maioria das vezes, estão desempregados e/ou sem condições para voltar a trabalhar.

No que se refere as concepções sobre política pública de saúde do trabalhador, os profissionais entendem que o setor da saúde, de forma isolada, não dá conta da efetividade dessa política, que envolve muitas áreas de atuação, outras políticas, conhecimento e interesses. Quanto as ações e desafios para a estruturação de uma política regional de saúde do trabalhador, destacaram as ações de vigilância como principal desafio. A primeira dificuldade para realizar vigilância aos ambientes de trabalho é convencer os gestores de saúde sobre esta prática, o que geralmente causa desconforto político. Os profissionais de saúde também referiram receio de fazer as ações de vigilância, pois não possuem autorização para autuar as empresas, somente desenvolver ações educativas, podendo ser impedidos de realizar esta ação pela empresa. Outro aspecto que se apresenta como desafio para a CRS é a frequente troca de gestores nas secretarias municipais de saúde.

Sobre a estruturação da política regional de ST, os profissionais do CEREST entrevistados mencionaram ter conquistado junto aos municípios a responsabilidade de elegerem um profissional responsável pelas ações de saúde do trabalhador. Atualmente desenvolvem ações no sentido de ampliar o olhar dos profissionais sobre ST nos municípios e destacam que melhoraram as notificações nos casos de acidentes de trabalho, mas os casos de doenças ainda são subnotificados.

Quanto as estratégias de trabalho adotadas pelo CEREST para o desenvolvimento das ações junto aos municípios, entendem estar avançando para além do modelo estabelecido pelo SUS, principalmente através das ações de matriciamento, em um processo de construção

compartilhada de saúde. Relataram a importância de uma atuação para além do atendimento ao trabalhador que vem para o CEREST/Vales, a preocupação é identificar aqueles que não vem e que podem estar em situação semelhante e, ainda, aqueles que poderiam ser tratados no seu município. A rede precisa identificar esses casos e, nesse sentido, o matriciamento pode auxiliar.

A CRS está trabalhando no sentido do fortalecimento da política e das ações de educação permanente e uma das ações desenvolvidas em conjunto com o CEREST foi a oferta, junto a universidade, de um curso de pós graduação *latu sensu* em Saúde do Trabalhador para os municípios que manifestaram interesse em qualificar seus profissionais da rede. Outra estratégia a ser desenvolvida e apontada pela CRS é fortalecer os estágios acadêmicos de cursos de graduação nos serviços de atenção à ST, que, na atualidade, pouco acontecem. Também mencionaram a necessidade de fortalecer o controle social, destacando a CIST como uma das possibilidades para ampliar as ações de ST na região.

Os resultados evidenciam o contexto de ST como uma política pública com inúmeros desafios, cujas ações desenvolvidas ainda estão distantes do que preconiza a PNST, especialmente nas ações de vigilância e do entendimento desse campo de atuação na rede básica de saúde dos municípios.

Esta tese buscou fazer uma análise inovadora sobre a Saúde do Trabalhador nesta região, trazendo o panorama da ST através do envolvimento de diversos segmentos, envolvendo o setor público, as empresas e os trabalhadores, o que, de certa forma, apontou limites para o aprofundamento na análise dos dados. Como profissional da área da saúde, o desafio de compreender e relacionar as questões políticas e econômicas com a saúde dos trabalhadores também pode ser considerado um limitador nesse estudo.

Longe de pretender esgotar esta temática, esta tese deixa lacunas que podem ser aprofundadas com novos estudos que ampliem discussões envolvendo outros setores e grupos de trabalhadores. Espera-se que esta pesquisa sirva de estímulo para outras reflexões, para que se possa ter em um futuro próximo, menor invisibilidade das doenças relacionadas ao trabalho. O fato do papel da Universidade ser mencionado como importante na construção histórica e na implementação das políticas de ST na região é um indicativo de que cabe à instituição um maior protagonismo no desenvolvimento e aplicabilidade destas ações, através da oferta de disciplinas teóricas e práticas voltadas para a ST em cursos das áreas sociais, biológicas, humanas e econômicas, além de atividades de pesquisa e extensão envolvendo a comunidade local e da região.

Considerando o fato da pesquisadora ser Enfermeira, que tem na essência da formação, o cuidado das pessoas, pode-se dizer que este estudo fortaleceu o entendimento de que cuidar

também é empoderar os indivíduos, socializando conhecimento e práticas para seu cuidar. Foram tocantes as entrevistas com as trabalhadoras acometidas por doença relacionada ao trabalho, especialmente quando relataram arrependimento por não terem conhecimento e informação a respeito de medidas de prevenção da doença que hoje estão acometidas. Durante a coleta dos dados com os trabalhadores ficou claro que a grande maioria não reconhece os riscos ocupacionais, o que leva a acreditar que não estão preparados para o cuidado à saúde no ambiente de trabalho. Como docente, considerando as questões apontadas e analisadas nessa tese, trabalhar a importância da prevenção e promoção da saúde com os futuros profissionais de enfermagem para que cuidem dos indivíduos tornou-se ainda mais premente.

Sabe-se que a baixa escolaridade dos trabalhadores é um dos fatores que favorece a falta de medidas de cuidado com a saúde, aspecto esse evidenciado quando os empresários alegaram a baixa escolaridade como fator dificultador para a adesão dos trabalhadores ao uso de equipamentos de proteção. Para aprender não basta somente ler ou ouvir, é preciso sentir. Assim, as orientações de saúde, as práticas de prevenção e promoção de saúde aos trabalhadores devem fazer sentido ao público a que se destinam, caso contrário, não serão efetivas.

Por fim, a articulação desta pesquisa com o Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional possibilitou maior aproximação com a comunidade científica (interna e externa à Universidade), serviços de saúde especializados em ST (UMRESTs, CEREST/Vales/RS), autoridades voltadas às Políticas de Saúde Pública, usuários, empresários, lideranças empresariais e sindicatos através de entrevistas e troca de informações, que permitiram a ampliação do conhecimento e análise do processo saúde-doença e trabalho. Assim, espera-se que os dados apresentados nesta tese possam fomentar novas pesquisas, discussões e investimentos na qualidade das ações de saúde e consequentemente na vida dos trabalhadores dessa região.

REFERÊNCIAS

AFFONSO, Rui de Brito Alves. **Guerra Fiscal no Brasil: Três Estudos de Caso – Minas Gerais, Rio de Janeiro e Paraná.** Série Estudos de Economia do Setor Público. FAPESP. Edições FUNDAP, 1999.

ALMEIDA, Ildeberto Muniz. Acidentes de trabalho e a repolitização da agenda da saúde do trabalhador. In: MINAYO GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. **Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 203-225.

ALVES, Everton Fernando. Programas e ações em qualidade de vida no trabalho. **Revista InterfacEHS**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 60-78, 2011.

ALVES, Giovanni. Trabalho e mundialização do capital – a nova degradação do trabalho na era da globalização. 2 ed. Londrina: Editora Praxis, 1999.

ANTUNES, Ricardo. A nova morfologia do trabalho e suas principais tendências. In: _____. **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II.** São Paulo: Boitempo, 2013, p. 13-28.

_____. A era da informatização e a época da informalização: riqueza e miséria do trabalho no Brasil. In: _____ (org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil.** São Paulo: Boitempo, 2006, p. 15-26.

_____. **O caracol e sua concha:** ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005.

_____. **Os sentidos do trabalho:** ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.

_____. A era da informatização e a época da informalização: riqueza e miséria do trabalho no Brasil. In: _____ (Org.). **Trabalho e miséria do trabalho no Brasil.** São Paulo: Boitempo, 2016. p. 15-26.

_____. **Os sentidos do trabalho:** ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2000.

_____. **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III.** São Paulo: Boitempo, 2014

ANTUNES, R; DRUCK, G. A epidemia da terceirização. In: ANTUNES, Ricardo. **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III.** 1 ed. SP: Boitempo, 2014, p. 13 -24

ANTUNES; R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, 2004.

ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul/set. 2015.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In; SADER, E.; GENTILI, P. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 9-28.

ANDRADE, E. T.; MARTINS, M. I. C.; MACHADO, J. O processo de construção da política de saúde do trabalhador no Brasil para o setor público. **Configurações**, Braga, n. 10, p. 137-150, 2012.

ANTLOGA, C.S; DO CARMO, M.M.; TAKAKI, K.T. O que é qualidade de vida no trabalho? representações de trabalhadores de um instituto de pesquisa. **Trabalho (En)Cena**, Palmas, v. 1, n. 1, p. 132-142, jan/jun. 2016.

AQUINO, J. R.; GAZOLLA, M.; SCHNEIDER, S. Um retrato do lado pobre da agricultura familiar no estado do Rio Grande do Sul. **Redes**, Santa Cruz do Sul, v. 21, n. 3, p. 66-92, set./dez. 2016.

ARAÚJO, Adriane. A organização do trabalho como fator de adoecimento. In: MACÊDO, K. B. et al. (Org.). **Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar**. Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2016. p. 131-148

ARTUR, Karen. Participação e direito à saúde do trabalhador. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 3, p. 853-868, 2015.

ASCARI, Rosana Amora. Retrospectiva das políticas de saúde do trabalhador no Brasil: avanços e desafios do Sistema Único de Saúde – SUS. **Acta Jus - Periódico de Direito**, Maringá, v. 4, n. 1, p. 5-9, jun./ago, 2014.

ASCARI, Rosana A.; SCHEID, Márcia; KESSLER, Marciane. Fumicultura e a utilização de agrotóxicos: riscos e proteção da saúde. **Revista Contexto e Saúde**, v. 12, n. 23, jul./dez. 2012.

AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. In: <https://auditoriacidada.org.br/>, acessado em janeiro de 2018.

BALISTA, S. R. R.; SANTIAGO, S. M.; CORREA FILHO, H. R. A atenção à saúde do trabalhador nas unidades básicas de saúde do SUS: estudo de caso em Campinas – São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 124, dez. 2011.

BARBOSA, Nelson. Dez anos de Política Econômica. In: SADER, Emir (Org.). **10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma**. São Paulo; Rio de Janeiro: Boitempo; Flacso, 2013. p. 63-101.

BARBOSA, N.; SOUZA, J. A. P. A Inflexão do Governo Lula: Política Econômica, Crescimento e Distribuição de Renda. In: SADER, E.; GARCIA, M. A. (orgs.). **Brasil: entre o Passado e o Futuro**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Editora Boitempo, 2010.

BASSO, Pietro. A jornada de trabalho no século XXI In: ANTUNES, Ricardo (Org.) **Riqueza e miséria no Brasil III**. 1 ed, São Pulo: Boitempo, 2014. p. 73-84.

BAUMAN, Zygmunt. **A modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BOTTOMORE, T. et al. **Dicionário do Pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

BOITO JUNIOR, Armando. Hegemonia neoliberal e sindicalismo no Brasil. **Crítica marxista**, São Paulo, n. 3, p. 80-105, 1996.

BORÓN, Atílio. A sociedade civil depois do dilúvio neoliberal. In: GENTILI, Pablo; SADER, Emir (orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde do Trabalhador. Documento elaborado - **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Brasília, 2005.

_____. Portaria nº 857, de 25 de junho de 2015. Altera a Norma Regulamentadora nº 12 Segurança no Trabalho em Máquinas e Equipamentos. Disponível em: <www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/ORGAOS/MTE/Portaria/P857_15.html>. Acesso em: 15 set 2017.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 5: **Saúde do trabalhador**. 2 ed. Brasília – DF, 2002. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_cab5_2ed.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017

_____. Conselho Nacional de Saúde do Trabalhador. Documento elaborado - **4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora** - convocada pela Portaria GM/MS nº. 2.808, 2012.

_____. Decreto nº 7.508 de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 20 nov 2014.

_____. Decreto nº 7.602/2011, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 08 de novembro de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm>. Acesso em: 15 maio 2015.

_____. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Diário Oficial da União, 14 de julho de 2017. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm>. Acesso em: 20 nov 2017.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção,

proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 de set. 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 maio 2013.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 10 set. 2016.

_____. Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. **Acidente do trabalho e doenças ocupacionais**. Disponível em: <www.camara.gov.br/sileg/integras/771286.pdf, acesso julho 2017>. Acesso em: 10 maio 2017

_____. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<https://drive.google.com/drive/folders/0Byg8dL3SJe6gfjFzaVN2Vk9hNzBMZ1VuV284TC1oQIVVQW1PVLk1aEE0WGNnczJYdUhyd2s>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2017. Disponível em: <datasus.saude.gov.br/cadastro-nacional-de-estabelecimentos-de-saude>. Acesso em: 20 mar 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador Manual de Gestão e Gerenciamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728, de 1 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html>. Acesso em: 20 nov 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Portaria_1823_12_institui_politica.pdf>. Acesso em: 20 set 2015.

BUTIERRES, M. C.; MENDES, J. M. R. A Discriminação de Vítimas de Acidente do Trabalho ou de Doença Ocupacional: uma Situação de Invisibilidade Social Potencializada. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 22, n. 1, p. 237-260, 2016.

CABRAL, L. A. A.; SOLER, Z. A. S. G.; LOPES, J. C. "Acidente de dupla espécie": uma terceira espécie de acidente do trabalho e sua importância para a vigilância em saúde do trabalhador. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4699-708, dez, 2014.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CARVALHO, Everton Freire. Inflação e política monetária: um balanço do governo Lula. **Conjuntura e Planejamento**, Salvador, n. 150, p.18-22, 2006.

CADONA, Marco A. Dinâmicas Regionais de Desenvolvimento, Trabalho e Organização dos Mercados Urbanos de Trabalho: uma Análise a Partir de Cidades Médias do Rio Grande do Sul. **REDES (SANTA CRUZ DO SUL. ONLINE)**, v. 22, p. 343-357, 2017.

_____. Burguesia Industrial no Rio Grande do Sul e o Governo Lula: os posicionamentos políticos da FIERGS (Federação das Indústrias do Estado do Rio Grande do Sul) nas Eleições Presidenciais de 2002. **Ágora (UNISC. Online)**, v. 16, p. 19-39, 2014.

_____. **Neoliberalismo e capitalismo no Brasil**: a formação de classe da burguesia industrial no Rio Grande do Sul durante a década de 1990. Blumenau: Clube dos Autores, 2016.

CADONÁ, M. A.; GÓES, C. H. Dinâmicas regionais de mercado de trabalho: uma análise a partir Cidade de Santa Cruz do Sul (RS). **Ágora**, Santa Cruz do Sul, v. 17, n. 1, p. 98-108, jan./jun. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 5-8, mar. 2018.

CANO, Wilson. **Soberania e Política econômica na América Latina**. São Paulo: UNESP, 2000.

CANO, Wilson. **Desconcentração produtiva regional do Brasil (1970 – 2005)**. São Paulo: UNESP, 2008.

CABRAL, Lenz Alberto Alves. **Abre a CAT? Nexo Causal no Acidente do Trabalho/Doença Ocupacional**. 2 ed. São Paulo: LTr; 2012.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. Trad. de Roneide V. Majer. São Paulo: Paz e Terra, 1999, v. 1.

CEREST. Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador/Região dos Vales. **Boletim informativo**. Santa Cruz do Sul, 2014.

CEREST. Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador da Região dos Vales. **Informe Epidemiológico**. Santa Cruz do Sul, n. 13, jan/dez. 2014.

CEREST. Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador da Região dos Vales. **Informe Epidemiológico**. Santa Cruz do Sul, n. 14, jan/dez. 2015.

CHESNAIS, François. **A mundialização do capital**. Trad. de Silvana FinziFoá. São Paulo: Xamã, 1996.

CHESNAIS, François. Mundialização do capital, regime de acumulação predominantemente

financeira e programa de ruptura com o neoliberalismo. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 7-34, 1997.

CHESNAIS, F.; BATISTA, A. S. Crise de identidade e sofrimento. In: CODO, Wanderley (coord.). **Educação: carinho e trabalho – Bournout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação**. Petrópolis: Vozes; Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação; UnB, 2000, p. 60-88.

CORAZZA, Gentil; FERRARI FILHO, Fernando. A política econômica do governo Lula no primeiro ano de mandato: perplexidade, dilema, resultados e alternativas. **Indicadores Econômicos FEE**, Porto Alegre, v. 32, n. 1. p. 243-252, 2004.

COSTA, D. et. al. Saúde do trabalhador no SUS: desafios de uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11- 30, 2013.

COSTA, L. H.; LEÃO, A.C.C. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 769-778, 2013.

COSTA, D. O.; TAMBELLINI, A. T. A visibilidade dos escondidos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 953-968, 2009.

COHN, Amélia. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1995, p. 225-244.

COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1614-1619, jul. 2009.

CMS SANTA CRUZ DO SUL. Conselho Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul. Ata da reunião do dia 25 de junho de 2002. Santa Cruz do Sul, 2002a.

_____. Conselho Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul. Ata da reunião do dia 25 de setembro de 2002. Santa Cruz do Sul, 2002b.

_____. Conselho Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul. Ata da reunião do dia 09 de outubro de 2002. Santa Cruz do Sul, 2002c.

_____. Conselho Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul. Ata da reunião do dia 10 de junho de 2003. Santa Cruz do Sul, 2003.

_____. Conselho Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul. Ata da reunião do dia 27 de abril de 2004. Santa Cruz do Sul, 2004.

_____. Conselho Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul. Ata da reunião do dia 12 de abril de 2005. Santa Cruz do Sul, 2005.

_____. Conselho Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul. Ata da reunião do dia 04 de dezembro de 2007. Santa Cruz do Sul, 2007.

_____. Conselho Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul. Ata da reunião do dia 10 de agosto de 2010. Santa Cruz do Sul, 2010.

_____. Conselho Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul. Ata da reunião do dia 22 de março de 2011. Santa Cruz do Sul, 2011b.

_____. Conselho Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul. Ata da reunião do dia 09 de agosto de 2011. Santa Cruz do Sul, 2011a.

CONDE, Soraya Franzoni. A escola e a exploração do trabalho infantil na fumicultura catarinense. Florianópolis: **Em Debate/UFSC**, 2016.

CORSEUIL, C. H. et al. A rotatividade dos jovens no mercado de trabalho formal brasileiro. **Mercado de trabalho**, IPEA, v. 55, p. 23-29, ago. 2013.

CORREA, P. R. L.; ASSUNCAO, A. A. A subnotificação de mortes por acidentes de trabalho: estudo de três bancos de dados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 203-212, dez. 2003.

CUNHA, R. E.; PINTO, B. H. B. C. O Programa Bolsa Família como estratégia para redução da pobreza e os processos de cooperação e coordenação intergovernamental para sua implementação. **Biblioteca virtual Bolsa Família**, 2011.

CHIAVEGATTO, C. V.; ALGRANTI, E. Políticas públicas de saúde do trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 25-27, jun. 2013.

CHIELLE, M. P.; KRUG, S. B. F. Do trabalho infantil às LER/DORT: o perfil dos trabalhadores atendidos no CEREST/Vales In: ALVES, L. M. S.; KRUG, S. B. F. (Org.). **Saúde do Trabalhador: realidades, intervenções e possibilidades no SUS**. 1ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2017. p. 87-112

DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social**. 5ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

DIAS, Elizabeth Costa. **Atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?**. 1994. 335f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-827, dez. 2005.

DIAS, E. C. et al. **Diretrizes para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador pelas equipes da Atenção Básica/Saúde da Família**. Universidade Federal de

Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/294234/>>. Acesso em: 25 jun 2017.

DIAS, E. C.; RIBEIRO, E. E. N. (Coord.). **Construindo ações de saúde do trabalhador no âmbito das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011.

DIAS, A. P.; SANSON, C. A atual estrutura ocupacional e o papel dos sindicatos no Brasil: análise do século XXI. **Revista de Ciências Sociais**, João Pessoa, n. 41, p. 175-188, out. 2014.

DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos). **A situação do trabalho no Brasil**. São Paulo: DIEESE, 2001.

_____. **A situação do trabalho no Brasil na primeira década dos anos 2000**. São Paulo: DIEESE, 2012.

_____. **A Importância da Organização Sindical dos Trabalhadores**. Nota técnica, São Paulo, n. 151, 2015. Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/notatecnica/2015/notaTec151ImportanciaSindicatos.pdf>>. Acesso em: 15 jun 2017.

_____. **A Reforma Trabalhista e os impactos para as relações de trabalho no Brasil**. São Paulo: DIEESE. Nota técnica n. 178, 2017.

_____. **O Mercado de Trabalho Formal Brasileiro: Resultados da RAIS 2013**. São Paulo: DIEESE. Nota técnica n. 140, 2014.

_____. **Pesquisa de Emprego e Desemprego**. São Paulo: DIEESE, 2017. Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/analiseped/ped.html>>. Acesso em: 10 jan 2018.

_____. **Política de valorização do salário mínimo**. São Paulo: DIEESE. Nota técnica n. 86, 2010.

_____. **Rotatividade e políticas públicas para o mercado de trabalho**. São Paulo: DIEESE, 2014.

DUARTE, C. M. R. et al. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1163-1174, jun. 2015.

DUCK, Jeanie Daniel. Gerenciando a mudança: a arte do equilíbrio. In: HARVARD BUSINESS REVIEW. **Mudança**. Rio de Janeiro: Campus, 1999. p. 56-79.

DURÃES, Bruno. O trabalho de rua no Brasil: o perfil da informalidade de rua em Salvador. In: ANTUNES, Ricardo. **Riqueza e Miséria no Brasil**. 1ed. São Paulo: Boitempo, 2014. p. 233 – 260

DWECK, Esther; TEIXEIRA, Rodrigo Alves. **A política fiscal do governo Dilma e a crise econômica**. Campinas: UNICAMP, 2017. (Texto para discussão, n. 303).

ELKELES, T.; SELIGMANN-SILVA, E. Trajetórias recentes dos distúrbios osteomusculares em dois contextos nacionais – Brasil e Alemanha. In: GLINA, D.; ROCHA, L. (Org.). **Saúde mental no trabalho**. São Paulo: Roca; 2010. p. 22-53.

ECA. Estatuto da Criança e do Adolescente. 2001. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/2058/limitacoes-ao-trabalho-do-menor-frente-ao-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente>>. Acesso em: 10 jan 2018.

ESPIRIDIÃO, Monique Azevedo. Controle Social do SUS: conselhos e conferências de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva – teoria e prática**. 1.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 245 – 260

ETGES, Virgínia E. A região no contexto da globalização: o caso do Vale do Rio Pardo. In: VOGT, O. P.; SILVEIRA, R. L. (Org.). **Vale do Rio Pardo: (re) conhecendo a região**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2001.

ETGES, Virgínia E. **Sujeição e resistência: os camponeses gaúchos e a indústria do fumo**. Santa Cruz do Sul: Livraria e Editora da FISC, 1991

FAGNANI, 2011, p. 4 - na tese pag 73 – não achei o trecho que aparece esse autor na versão que tenho da tese

FARIA, A. F.; PREVITALI, F. S. Reestruturação produtiva, relações interfirmas e trabalho no setor fumageiro no Brasil a partir da década de 1990. In: ANTUNES, Ricardo (org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013, p. 247-268.

FEIJÓO, José Carlos V. O estado neoliberal e o caso mexicano. In: LAURELL, Asa Cristina (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. Trad. de Rodrigo León Contrera. São Paulo: Cortez, 1995. p. 11-52.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil: ensaios de interpretação sociológica**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

FERREIRA JUNIOR, Mario. **Saúde no Trabalho – temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores**. São Paulo: Roca, 2000.

FILGUEIRAS, Luiz. **História do Plano Real**. São Paulo: Boitempo, 2000.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMA-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010

FREITAS, Carline Lorena Schulte. **O trabalho com fumo: subjetivação e precarização na atividade das trabalhadoras safristas**. 2002. 107f. Dissertação (Programa de Pós graduação em Psicologia Social e Institucional)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

FUNDACENTRO. Ministério do Trabalho. LER/DORT atinge 3,5 milhões de trabalhadores. 25 fev 2016. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/noticias/detalhe-da-noticia/2016/2/pesquisadores-da-fundacentro-comentam-sobre-a-lerdort>>. Acesso em: 20 jun

2017.

GAULEJAC, Vicent. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social.** [Tradução Ivo Storniolo]. São Paulo: Ideias & Letras, 2007.

GAZETA DO SUL. O Dia de combate as LER/DORT. Jornal Gazeta do Sul, Santa Cruz do Sul, 27 de fevereiro de 2002.

_____. O Primeiro Encontro Municipal de Combate a LER na Câmara de Vereadores. Jornal Gazeta do Sul, Santa Cruz do Sul, 30 de maio de 2003.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1995.

GOUNET, Thomas. **Fordismo e Toyotismo na civilização do automóvel.** Trad. de Bernardo Joffily. São Paulo: Boitempo, 1999.

GOMEZ, C. M. Campo da Saúde do Trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Orgs). **Saúde do Trabalhador na sociedade contemporânea Brasileira.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 23-34.

GONDIM, G. M. M. et al. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. et al. **Território, ambiente e saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255.

GRAZIANO DA SILVA, J.; DEL GROSSI, M. E.; FRANÇA, C. G. *Fome zero: a experiência brasileira.* Brasília: MDA, 2010.

GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. **Série Saúde Mental e Trabalho.** v. 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

GUERRA, O.; TEIXEIRA, F. A sobrevivência das pequenas empresas no desenvolvimento capitalista. **Revista Econômica Política,** São Paulo, v. 30, n. 1, p. 124-139, mar. 2010.

HARVEY, David. **A condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural.** Trad. de Adail U. Sobral e Maria S. Gonçalves. São Paulo: Loyola, 1993.

_____. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural.** Trad. de Adail U. Sobral e Maria S. Gonçalves. **25 ed.** São Paulo: Loyola, 2014.

_____. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural.** 18. ed. São Paulo: Loyola, 2009.

_____. **O enigma do capital e as crises do capitalismo.** São Paulo: Boitempo, 2011.

HELOANI, José Roberto Montes. Histórico das relações de trabalho e seu reflexo na organização e gestão laboral. In: MACÊDO, K. B. et al. (Org.). **Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar.** Goiânia: Editora da PUC, 2016. p. 67-92

HENTGES, M. S.; POHL, H. H. Trabalhadores acometidos por LER/DORT: benefícios da fisioterapia em grupo na UMREST de Santa Cruz do Sul. In: ALVES, L. M. S.; KRUG, S. B. F. (Org.). **Saúde do trabalhador: realidades, intervenções e possibilidades no Sistema Único de Saúde**. 1ed. – Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2017. p. 76-86

HOEFEL, M. G. L.; SEVERO, D. O. Participação social em Saúde do Trabalhador: Avanços, desafios e perspectivas contemporâneas. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 4, p. 119-138, 2011.

HOEFEL, M. G.; JAQUES, M. G. C. Síndrome do Sobrevivente: um estudo comparativo entre trabalhadores de um banco público e privado. **Boletim de saúde**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 107-118, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades Rio Grande do Sul. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 26 ago 2012.

INBEP. ISO 45001: Nova norma internacional para saúde e segurança ocupacional. 24 jun 2016. Disponível em: <<http://blog.inbep.com.br/nova-norma-iso-45001-saude-seguranca/>>. Acesso em: 20 jun 2017.

JACKSON FILHO, J. M.; GARCIA, E. G.; ALMEIDA, I. M. Sobre a “aceitabilidade social” dos acidentes do trabalho e o inaceitável conceito de ato inseguro. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 4-6, 2007.

JINKINGS, I.; AMORIM, E. R. A. Produção e desregulamentação na indústria têxtil e de confecção. In: ANTUNES, Ricardo (org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006, p. 337-386.

KRUG, Suzane Beatriz Frantz. **A condição de acidentado grave do trabalho no município de Santa Cruz do Sul-RS: um estudo das trajetórias de vida após o evento**. 2000. 181 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Santa Cruz do Sul, 2000

_____. Participação popular e implementação de políticas públicas em saúde do trabalhador: Análise da experiência do município de Santa Cruz do Sul – RS **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, 2003.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Diferentes formas de apreensão das relações entre trabalho e saúde/doença. O campo da saúde do trabalhador: aspectos históricos e epistemológicos. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA – FILHO, N. **Saúde coletiva – teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 595-610

_____. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 7-19, 1997.

_____. **Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical**. 1996. 435f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)– Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

LACERDA E SILVA, T. et al. Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas

de equipes de Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 273-288, jun. 2014.

LARA, Ricardo. Saúde do Trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. In: LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. **Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e serviço social: estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo**. Campinas: Papel Social, 2016.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.

LARANJEIRA, Sonia. Fordismo e pós-fordismo. In: CATTANI, Antonio D. (org.). **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Editora da Universidade, 1997.

LEITE, Márcia de Paula. **O futuro do trabalho: novas tecnologias e subjetividade operária**. São Paulo: Página Aberta, 1994.

LEAO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 85-100, mar. 2011.

LINHART, Danièle. Modernização e precarização da vida no trabalho. In: ANTUNES, Ricardo (Org). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III**. 1ed. SP: Boitempo, 2014. p. 45-54.

LIMA, Eurenice. Toyota: a inspiração japonesa e os caminhos do conhecimento. In: In: ANTUNES, Ricardo (org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006, p. 115-146.

LIMA, Júlio César França. A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história?. In: PONTE, Carlos Fidélis (Org.). **Na corda bamba de sombrinha : a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 279-312.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. **Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e serviço social: estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo**. Campinas: Papel Social, 2016.

LOURENÇO, Edvânia de Souza. **Na trilha da saúde do trabalhador: a experiência de Franca (SP)**. Tese de Doutorado. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Faculdade de História, Direito e Serviço Social, 2009.

LOURENÇO, Edvânia Angela de Souza. **Na Trilha da saúde do trabalhador: a experiência de Franca/SP**. 2009. 427f. Tese (Programa de Pós- Graduação em Serviço Social)- Universidade Estadual Paulista, Franca, 2009.

LOURENÇO, E. A. S.; BERTANI, I. F. Invisibilidade social das doenças relacionadas ao trabalho: Desafios Para A Reabilitação Profissional. In: SEMINARIO DE SAUDE DO TRABALHADOR DE FRANCA, 7., 2010, Franca. **Proceedings online...** Unesp Franca, 2010. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000011201000100020&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 20 nov. 2015.

LOPES, Claudia de Souza. **Saúde do trabalhador na atenção básica: desafios e possibilidades de uma experiência municipal**. 2013. 71f. Dissertação (Programa de pós-graduação em Psicologia Social e Institucional)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto do Partido Comunista**. Trad. de Marco Aurélio Nogueira e Leandro Konder. Petrópolis: Vozes, 1989.

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da economia política**. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. Trad. Reginaldo Sant'Anna. Rio de Janeiro: Civilização Brasil, 2006.

MAENO, Maria. **Reinserção de trabalhadores com lesões por esforços repetitivos no mercado de trabalho**. 2001. 117f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

MAENO, M; CARMO, J. C. **Saúde do Trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MAENO, M. A. G.; VILELA, R. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política Pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 87-99, jul/dez, 2010.

MARIN, J. O. B. et al. O problema do trabalho infantil na agricultura familiar: o caso da produção de tabaco em Agudo-RS. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Brasília, v. 50, n. 4, p. 763-786, dez. 2012.

MASSON, Gisele. As contribuições do método materialista histórico e dialético para a pesquisa sobre políticas educacionais. In: ANPED SUL – SEMINÁRIO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL, 9., 2012, Ponta Grossa. **Anais... UEPG**, 2012.

MATTEI, L.; MAGALHÃES, L. F. A política econômica durante o Governo Lula (2003-2010): cenários, resultados e perspectivas. In: DE PAULA, Marilene. **“Nunca antes na história desse país”...? Um balanço das políticas do governo Lula**. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll, 2011. p. 134-151.

MATTOSO, Jorge. Dez anos depois. In: SADER, Emir (Org.). **10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma**. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: FLACSO Brasil, 2013. p. 111-122.

MELO, Nildo Aparecido. Reestruturação capitalista e precarização do mundo do trabalho: os projetos de economia solidária em Presidente Prudente. **Revista de Geografia em Atos**, Presidente Prudente, v. 2, n. 11, p. 16-32, 2011.

MERLO, A. R. C.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. (Orgs.). **Atenção à Saúde Mental do Trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

MERLO, A. R. C.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. **Atenção ao sofrimento e ao adoecimento psíquico do trabalhador e da trabalhadora**. Cartilha para profissionais do SUS. 2ed. Porto Alegre: Evangraf, 2015.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Sofrimento psíquico e atenção à saúde mental. In: MERLO, A. R. C.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. (orgs.). **Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014, p. 12-29.

MERLO, A. C. et al. O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos. **Psicologia & sociedade**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 117-136, jan./jun.2003.

MÉSZÁROS, István. Desemprego e precarização: um grande desafio para a esquerda. In: ANTUNES, Ricardo (org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006, p. 27-44.

MENDES, René; WAISSMANN, William – Bases históricas da Patologia do Trabalho. In: MENDES, René (Org.). **Patologia do Trabalho**, v. 1, São Paulo: Editora Atheneu, 2013. p. 3-48.

MENDES, A. M.; COSTA, V. P.; BARROS, P. C. R. Estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho bancário. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/7778/5626>>. Acesso em: 12 ago 2017.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, out. 1991.

MENDES, J. M. R. et al. Saúde do Trabalhador: desafios na efetivação do direito à saúde. **Argumentum**, Vitória, v. 7, n. 2, p. 194-207, jul/dez. 2015.

MENDES, J. M. R. et al. Os desafios dos Centro de Referência em Saúde do Trabalhador no Rio Grande do Sul na relação com Atenção Básica em Saúde. In: LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. **Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e serviço social**. Campinas: Papel Social, 2016. p. 231 – 246

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO-GÓMEZ, C.; LACAZ, F. A. C. Editorial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supp. 2, p. 4-5, 1997.

MINAYO-GOMEZ, Carlos. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-30, 2013.

MIRANDA, C. R.; DIAS, C. R. PPRA/PCMSO: auditoria, inspeção do trabalho e controle social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 224-232, 2004.

MONTALI, Lilia T. **Do núcleo colonial ao capitalismo monopolista**: produção de fumo em Santa Cruz do Sul. 1979. 167 f. Dissertação (Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 1979.

MORAES, Maria Regina Cariello. **Autocuidado e gestão de si**: hábitos saudáveis na mídia impressa semanal. 2014. 325f. Tese (Programa de Pós Graduação em Sociologia)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

NEGRÃO, João José. **Para conhecer o neoliberalismo**. São Paulo: Publisher Brasil 1998.

NELI, Marcos Acácio; NAVARRO, Vera Lucia. Reestruturação produtiva e saúde do trabalhador na agroindústria avícola no Brasil. In: ANTUNES, Ricardo (org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013, p. 287-304.

NEVES, R. F; NUNES, M. O. Da legitimação a (res)significação: o itinerário terapêutico de trabalhadores com LER/DORT . **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 211-220, 2010.

NORMAS REGULAMENTADORA (NR). Manual de legislação - atlas, aprovada pela Portaria n 3.214, de 8 de junho de 1978, do capítulo V do Título II, da consolidação das leis do trabalho, relativas à segurança e medicina do trabalho. 52ed. Editora ATLAS S.A., 2003.

OBSERVADOR. Taxa de desemprego volta a recuar na Europa em junho. Publicado em 31 de julho de 2017. Disponível em: <<https://observador.pt/2017/07/31/taxa-de-desemprego-volta-a-recuar-na-europa-em-junho/>>. Acesso em: 25 nov 2017.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. Doenças profissionais são principais causas de mortes no trabalho. 2013. Disponível em: <<http://www.oit.org.br/content/doencas-profissionais-sao-principais-causas-de-mortes-no-trabalho>>. Acesso em: 15 set. 2015.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. 614 milhões no mundo enfrentam jornada excessiva, diz OIT. 25 de maio 2011. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/TRABALHO-E-PREVIDENCIA/197651-614-MILHOES-NO-MUNDO-ENFRENTAM-JORNADA-EXCESSIVA,-DIZ-OIT.html>>. Acesso em: 20 jan 2017.

OLIVAR, Monica Simone Pereira. Comissão de saúde do trabalhador e a luta sindical In: LOURENÇO, Edvânia Angela de Souza. **Saúde do trabalhador e da trabalhadora e serviço social**: estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo. Campinas: Papel Social, 2016. p. 321-336

OLIVEIRA, Francisco. **Os direitos do antivalor**: a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis: Vozes, 1998.

OLIVEIRA, João Cândido. Segurança e saúde no trabalho: uma questão mal compreendida. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 03-12, jun. 2003.

OLIVEIRA, M. C. P. et al. A relação entre a qualidade de vida no trabalho e as reclamações trabalhistas: um estudo de caso em uma empresa automotiva. **Revista UIISP**, Santarém, v. 4,

n. 4, 2016.

OLIVEIRA, O. J.; OLIVEIRA, A. B. ALMEIDA, R. A. Gestão da segurança e saúde no trabalho em empresas produtoras de baterias automotivas: um estudo para identificar boas práticas. **Produção**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 481-490, jul/set. 2010.

PAGLIARI, J. et al. Sofrimento psíquico da equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 63-76, 2008.

PEREZ, K. V.; BOTTEGA, C. G.; MERLO, A. C. Análise das políticas de saúde do trabalhador e saúde mental: uma proposta de articulação. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, esp., p. 287-298, jun. 2017.

PEREIRA, Marina Coutinho de Carvalho. O trabalho no século XXI e sua relação com o agravo à saúde dos trabalhadores. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 6, n. 13, p. 160, 2014.

PETRAS, James. **Neoliberalismo**: América Latina, Estados Unidos e Europa. Blumenau: FURB, 1999.

POCHMANN, Márcio. Desemprego do Brasil. In: ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006. p.59 – 73

POCHMANN, Marcio. **O emprego na globalização**: a nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu. São Paulo: Boitempo, 2001.

PRADO JUNIOR, Caio. **A revolução brasileira**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

PORTAL GAZ. Safra vai repetir o bom volume de contratações; ainda há vagas. Edição online de 05 de março de 2018. Disponível em: <http://www.gaz.com.br/conteudos/regional/2018/03/05/114432-safra_vai_repetir_o_bom_volume_de_contratacoes_ainda_ha_vagas.html.php>. Acesso em: 10 mar 2018.

PROTOCOLO DE IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO RS, 2001. Acesso em: www1.saude.rs.gov.br/.../1333382042904Politica%20de%20Saude%20do%20Trabalha.

RAPOPORT, Mario. Os estados nacionais frente à globalização. **Revista brasileira de política internacional**, Brasília, v. 40, n. 2, p. 166-171, jul/dez. 1997.

RAMOS, M. Z. et al. Trabalho, adoecimento e histórias de vida em trabalhadoras da indústria calçadista. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 15, n. 2, p. 207-212, 2010.

RAMOS, V.; JORDÃO, F. Género y estrés laboral: Semejanzas y diferencias de acuerdo a factores de riesgo y mecanismos de *coping*. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 218-229, 2014.

RENAST. **Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST**. São Paulo, maio 2006.

RIQUINHO, D. L.; HENNINGTON, E. A. Cultivo do Tabaco o sul do Brasil: doença da folha verde e outros agravos à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4797-4808, 2014.

RICHTHOFEN, VON W. *Labour inspection: a guide to the profession*. Geneva: ILO, 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2012/2015. Grupo Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2013.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Regiões de Saúde no RS. Disponível em: <www1.saude.rs.gov.br/.../1338422367990CONGRESSO_ASSEDISA_REGIOES_SAUDE.pdf>. Acesso em: 18 mar 2015

_____. Resolução nº 555 de 2012 - CIB/RS. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Disponível em: <www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28155806-resolucao-cib-555-12.pdf>. Acesso em: 7 abr 2015.

ROCHA, E. K. G.T. Camareira não pode ter dor nas costas, mas a gente tem. In: ANTUNES, Ricardo (org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013, p. 269-286.

ROCHA, T. A. L. G.; OLIVEIRA, F. N. Segurança e Saúde do Trabalho: Vulnerabilidade e percepção de riscos relacionados ao uso de agroquímicos em um pólo de fruticultura irrigada do Rio Grande do Norte. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 23, n. 3, p. 600-611, 2016.

RODRIGUES, M. F. C.; MOLLICA, A. M. V. Estresse e qualidade de vida no ambiente laboral: um estudo de caso em uma agência do sistema bancário brasileiro. **Caderno Científico Fagoc de Graduação e Pós-Graduação**, Ubá, v. 1, n. 2, p. 38-46, 2016.

ROSA, L. C. S.; MONTE, M. I. S. Dez anos de implantação do Cerest de Referência em Saúde do Trabalhador de Teresin e os desafios para a implantação da Política de Saúde do Trabalhador no Estado do Piauí. In: LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. **Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora Serviço Social: estudos da Relação Trabalho e Saúde no Capitalismo Contemporâneo**. Campinas: Papel Social, 2016. p. 264 – 327

SAMBUICHI, R. H. R. et al. Diversificação produtiva como forma de viabilizar o desenvolvimento sustentável da agricultura familiar no Brasil. In: MONASTERIO, L. M.; NERI, M. C.; SOARES, S. S. D. **Brasil em Desenvolvimento 2014: Estado, planejamento e políticas públicas**. Brasília: IPEA, 2014. p. 61-84.

SANTANA, V. S.; DIAS, E. C.; SILVA, J. F. S. Prevenção, atenção e controle em saúde do trabalhador. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva – teoria e prática**. 1ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 513-540.

SANTANA, V. S.; SILVA, J. M. Os 20 anos da ST no SUS: limites, avanços e desafios In: BRASIL. Ministério da Saúde (orgs.) **Saúde Brasil 2008: 20 anos do SUS no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 175-204.

SANTOS, Adolfo Roberto Moreira. O Ministério do Trabalho e Emprego e a saúde e segurança no trabalho. In: CHAGAS, A. M. R.; SALIM, C. A.; SERVO, L. M. S. **Saúde e segurança no trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistema de informação e indicadores**. 2ed. São Paulo: IPEA, 2012. p. 22-75

SANTOS, Theotonio dos. **Evolução histórica do Brasil: da colônia à Nova República**. Petrópolis: Vozes, 1995.

SANTORUM, K.; MACEDO M. L.; A intersetorialidade na construção de políticas públicas em saúde do trabalhador: por um SUS de verdade. **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro: CEBES e ESP/RS, n. 23, dez 2001.

SALLUM JUNIOR, Basílio. O Brasil sob Cardoso: neoliberalismo e desenvolvimentismo. **Tempo social**, v. 11, n.2, p. 23-47, 1999.

SCHULTZ, Theodore William. **O Capital Humano: investimentos em educação e pesquisa**. Tradução de Marco Aurélio de Moura Matos. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

SEBRAE. Boletim Estatístico de Micro e Pequenas Empresas. Brasília: Serviço Brasileiro de Apoio a Micro e Pequenas Empresas, 2016

SELIGMANN – SILVA, Edith. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SENAI. O Giz e a graxa: meio século de educação para o trabalho. São Paulo: SENAI, 1992.

SENNETT, Richard. **A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

_____. **Juntos: os rituais, os prazeres e a política da cooperação**. Rio de Janeiro: Record, 2012.

SILVA, J. C. B. C.; SILVA, A. L. A.; NELSON, A. V. M. Sofrimento humano nas organizações: o enfoque na sociedade disciplinar. **Revista de Carreiras e Pessoas**, [S.l.], v. 5, n. 3, P. 402-412, jan. 2016.

SILVA, Marcos Marcelino. Absenteísmo: Consequências e impactos na Gestão de Pessoas. **Revista Especialize On-line IPOG**, Goiânia, v. 1, n. 7, 2014.

SILVA, T. R.; MOTTA, R. F. A percepção dos usuários sobre a política de saúde na atenção básica. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Bernardo do Campo, v. 23, n. 2, p. 17-25, jul/dez. 2015.

SILVA, H. D.; RAMOS, L. F. C.; MACEDO, K. B. O assédio moral em profissionais de saúde em uma organização pública. **Qualia: a ciência em movimento**, v. 2, n. 1, p. 48-74, jan/jun. 2016.

SILVEIRA; R. L. L.; HERMANN, E. As cidades e a urbanização do Vale do Rio Pardo. In: VOGT, O. P.; SILVEIRA, R. L. (Org). **Vale do Rio Pardo: (re) conhecendo a região**. Santa

Cruz do Sul: EDUNISC, 2001. p. 217-257

SINGER, Paul. O pano de fundo da crise financeira. **Revista USP**, São Paulo, n. 85, p. 60-69, mar./mai. 2010.

SOUSA, H. M.; NEY, M. G.; SOUSA, P. M.; NEY, V. S. P. Escolaridade, carteira de trabalho e renda dos campo-território: empregados no meio rural brasileiro. **Revista de geografia agrária**, v. 10, n. 20, p. 468-492, jul. 2015.

SKAMVETSAKIS, Adriana. Gestão compartilhada e humanização em Saúde do Trabalhador. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 157-165, jul/dez. 2006.

SKAMVETSAKIS, A.; MACEDO, M. L. Controle Social em Saúde do Trabalhador no Rio Grande do Sul. In: ALVES, L. M. S.; KRUG, S. B. F. (Org.). **Saúde do Trabalhador: realidades, intervenções e possibilidades no Sistema Único de Saúde**. Sant Cruz do Sul: EDUNISC, 2017. p. 239-257

STÜLP, Valter José. O setor primário da região do Vale do Rio Pardo. In: VOGT, O. P.; SILVEIRA, R. L. (Org.). **Vale do Rio Pardo: (re) conhecendo a região**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2001. p. 167-215.

TAMBELLINI, A. T.; ALMEIDA, M. G.; CAMARA, V. M. Registrando a história da Saúde do Trabalhador. Revista em pauta. **Revista da Faculdade de serviço social da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 32, p. 21-37, 2013.

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva – teoria e prática**. 1ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 121-138

TEIXEIRA, Rodrigo Alves; PINTO, Eduardo Costa. A economia política dos governos FHC, Lula e Dilma: dominância financeira, bloco no poder e desenvolvimento econômico. **Economia e Sociedade**, v. 21, n. 4, 2012.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais – a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

VASCONCELLOS, L. C. F.; MINAYO-GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4617-4626, dez. 2014.

VASCONCELLOS; L. C. F.; AGUIAR, L. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 605-617, abr/jun. 2017.

VERTHEIN, M. A. R.; MINAYO-GOMEZ, C. O Território da Doença Relacionada ao Trabalho: o corpo e a medicina nas LER. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 101-127, 2000.

VIANA, G.; LIMA, J. F. Capital humano e crescimento econômico. **Interações**, Campo

Grande, v. 11, n. 2, p. 137-148, dez. 2010.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas Sobre As Américas**, [s.l.], v.10, n. 3, p.1 - 28, 23 dez. 2016.

VIEIRA, M. L. C. et al. Precarização do trabalho em hospital de ensino e presenteísmo na enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, e23580, 2016.

VIEGAS, L. R. T.; ALMEIDA, M. M. C. Perfil epidemiológico dos casos de LER/DORT entre trabalhadores da indústria no Brasil no período de 2007 a 2013. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 41, e22, 2016.

VOGT, Olgário Paulo. **A produção de fumo em Santa Cruz do Sul– RS (1849 – 1993)**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 1997.

VOGT, Olgário Paulo. Formação social e econômica da porção meridional do Vale do Rio Pardo. In: VOGT, O. P.; SILVEIRA, R. L. (Org). **Vale do Rio Pardo: (re) conhecendo a região**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2001. p. 69-122.

WEIGELT, Leni Dias. **O Sistema Único de Saúde e os profissionais da saúde de nível universitário da rede pública de Santa Cruz do Sul: um estudo sobre recursos humanos no SUS, através das representações sociais**. 1999. 163 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Santa Cruz do Sul, 1999.

XAVIER SOBRINHO, Guilherme G. de F. Distritos industriais. In: CATTANI, Antonio D. (org.). **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Editora da Universidade, 1997, p. 55-61.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa intitulada “Quando a saúde dos trabalhadores é uma questão de saúde pública? A construção social de uma política de saúde dos trabalhadores na Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul” se propõe analisar como as transformações que, desde as últimas décadas do século XX, ocorrem no trabalho e nas formas de organização da produção e do trabalho repercutem não somente sobre a saúde dos trabalhadores, mas, em especial, sobre as estratégias (individuais e coletivas) de promoção da saúde e de enfrentamento aos agravos à saúde das pessoas que vivem do e no trabalho.

Para analisar esta proposta será necessário buscar dados da realidade singular, envolvendo três segmentos: os trabalhadores, o setor público e privado. A coleta dos dados ocorrerá através da aplicação de instrumentos de pesquisa como questionários, entrevistas e análise de documentos. A pesquisa seguirá a Resolução 466/2012.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa.

Fui, igualmente, informado:

1. - da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
2. - da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
3. - da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente

projeto de pesquisa;

4. - do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa – Doutoranda do Programa de Pós – Graduação em Desenvolvimento Regional Luciane Maria Schmidt Alves (Fone 51 96040306) e Orientador Professor Dr. Marco André Cadoná (Fone 51 3717 7300).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data __ / __ / ____

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura do responsável pela obtenção do presente consentimento

APÊNDICE B – Formulário de Pesquisa – Trabalhadores



1) PERFIL SOCIOECONÔMICO:

1. **Local de moradia (município):** _____.

2. **Onde trabalha (município):** _____.

3. **Profissão:** _____

4. **Sexo:** () Masculino. () Feminino.

5. **Idade:** () 18 – 30 () 31- 40 () 41 - 50 () 51 – 60 () + 60

6. **Estado Civil:** () Solteiro () Casado () União estável () Outro.

7. **Escolaridade:**

() Ensino Fundamental Incompleto. () Ensino Fundamental Completo.

() Ensino Médio Incompleto. () Ensino Médio Completo.

() Ensino Superior Incompleto. () Ensino Superior Completo.

() Não sabe ler/escrever.

8. **Atualmente você está estudando?**

() Sim. Qual curso? _____

() Não

2) CONDIÇÕES DE TRABALHO

9. **Em qual situação de trabalho você se encontra atualmente?**

1) Se estiver **DESEMPREGADO**

a) Há quanto tempo? 1 – menos de 1 mês . 2 – dois a quatro meses . 3 – seis meses. 4 – mais de seis meses. 5 – Mais de um anos. 6 – Outro. Qual? _____.

b) Está recebendo seguro desemprego 1) Sim 2) Não

c) Está procurando trabalho ? 1) Sim 2) Não

Se sim. Há quanto tempo? 1 – menos de 1 mês . 2 – dois a quatro meses . 3 – seis meses. 4 – mais de seis meses. 5 – Mais de um anos. 6 – Outro. Qual? _____.

2) **EMPREGADO**

10. **É o seu primeiro trabalho?** 1) Sim. 2) Não.

11. **Em qual setor de atividade você trabalha?**

1) Indústria. 2) Construção Civil. 3) Comércio

4) Serviços. 5) Serviços Domésticos. 6) Outro. Qual? _____.

12. **Qual é o cargo ou função que você exerce em seu local de trabalho?** _____

13. **Qual é o seu setor de trabalho?**

2. Atua no setor Público

2) Atua no setor Privado

3) É Autônomo

4) Outro. Qual? _____

14. **Possui carteira assinada?** 1) Sim 2) Não

15. **O seu emprego atual:** 1) É um emprego permanente. 2) É um emprego temporário

3) Outro. Qual? _____.

16. **Há quanto tempo você trabalha no mesmo local?**

1) Menos de 06 meses.

2) Entre 06 meses e 01 ano.

- 3) Mais de 01 ano até 02 anos. 4) Mais de 02 anos até 05 anos.
5) Mais de 05 anos até 10 anos. 6) Mais de 10 anos.

17. Quanto você ganha no local onde você trabalha (em Salários Mínimos – SM)?

- 1) Menos de 01 SM. 2) 01 SM. 3) Mais de 01 até 02 SM.
4) Mais de 02 até 03 SM. 5) Mais de 03 até 05 SM. 6) Mais de 05 até 10 SM.
2. Mais de 10 SM. 8) outro

- 18. É o único local que você trabalha?** 1) Sim. 2) Não, trabalho em outro local.
3) Não, trabalho em outros locais.

19. Com que idade você começou a trabalhar (de forma remunerada)?

- 1) Menos de 12 anos. 2) Entre 13 e 15 anos. 3) 16 anos.
4) 17 anos. 5) 18 anos 6) Outro. Qual? _____.

20. Desde que você começou a trabalhar (de forma remunerada), em quantos locais já trabalhou?

- 1) Apenas um. 2) Dois locais. 3) Três locais. 4) Quatro locais. 5) Cinco locais.
6) Seis locais. 7) Mais do que seis locais. 8) Outro. Qual? _____.

21. Quanto tempo de trabalho (anos de trabalho) você possui?

- 1) Menos de 1 ano 2) 1-3 anos 3) 4-8 anos 4) de 9 a 15 anos 6) mais de 15

22. Qual é a sua jornada semanal de trabalho? Horas/semanais

- 1) 20 horas 2) 30 horas 3) de 40 a 44 horas 4) mais de 44 horas

- 23. Você faz horas-extras?** 1) Frequentemente. 2) Às vezes. 3) Raramente
4) Não faz. 5) Não se aplica.

- 24. Qual é o seu turno de trabalho:** 1) Manhã 2) Tarde 3) Manhã e tarde
7) Noturno. 5) Outro. Qual? _____.

25. Em seu trabalho, você está exposto a:

	01	02	03	04	05	06
Pressão por decisões rápidas						
Falta de materiais, equipamento e/ou ferramentas adequados						
Exigências desproporcionais às condições de trabalho						
Conflitos com colegas e chefias						
Sobrecarga de tarefas						
Realizar tarefas desagradáveis						
Ficar sem fazer nada						
É um trabalho que exige esforço físico						
É um trabalho que exige esforço mental						
É um trabalho monótono						
É um trabalho repetitivo						
É um trabalho estimulante						

- 1. Nunca. 2. Raramente. 3. Algumas vezes. 4. Muitas vezes. 5. Sempre. 6. Não se aplica.**

26. De uma maneira geral, o ritmo de seu trabalho depende:

	01	02	03	04	05	06
Do trabalho realizado pelos colegas						
Dos pedidos diretos de clientes						
De objetivos quantitativos de produção ou desempenho (metas)						

Da velocidade automática de uma máquina ou do movimento (na linha de produção) de um produto						
Do controle direto de seu chefe						

1. Nunca. 2. Raramente. 3. Algumas vezes. 4. Muitas vezes. 5. Sempre. 6. Não se aplica.

3) HISTÓRICO DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO

27. Possui alguma doença? 1 Sim () 2 Não ()

A - Se sim há, quanto tempo? 1) poucas semanas 2) seis meses 3) um ano
4) 2 anos 5) Outro. Quanto tempo? _____

B - Como é o seu tratamento? 1) usa medicamentos por conta própria
2) faz acompanhamento com profissionais de saúde no posto de saúde 3) faz
acompanhamento com os profissionais de saúde da empresa onde trabalha 4) faz
acompanhamento particular
5) Outro. Qual? _____

28. Esta doença tem relação com o seu trabalho? 1 Sim () 2 Não ()

29. Já sofreu algum acidente de trabalho? 1 Sim () 2 Não ()

4) HISTÓRICO DE ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO

30. Já foi demitido por não conseguir ir trabalhar?

1) Sim 2) Não

31. Mesmo doente você vai trabalhar, se sente em condições de trabalhar?

1) Sim 2) Não

32. Você vai trabalhar com dor?

1) Sim 2) Não

33. Você costuma faltar ao trabalho por causa de doença?

1) Sim 2) Não

A) Se sim com que frequência?

1) uma vez por semana 2) a cada duas semanas
3) uma vez por mês 4) a cada dois meses 5) outros. Quando? _____

34. Você recebe ou já recebeu auxílio-doença do INSS?

1) Sim 2) Não

5) PERCEPÇÕES ACERCA DA RELAÇÃO TRABALHO E SAÚDE NA ATUALIDADE

35. O que você entende por saúde do trabalhador?

1)ter saúde na empresa 2)ter emprego/trabalho 3) ter boa remuneração 4)Nao sei

5)Outro. Qual? _____

36. Você acha possível ter um trabalho que não adoça os trabalhadores?

1)Sim 2)Não 3)Não sei

37. Você é filiado em algum sindicato? 1)Sim 2)Não

6) CONHECIMENTO ACERCA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS À SAÚDE DO TRABALHADOR

38. Você conhece a política pública de Saúde do trabalhador?

1) Sim 2) Não

39. Você sabe se o SUS cuida da saúde do trabalhador(a)?

1) Sim. Como?

2)Não

7) CONHECIMENTO DAS POLÍTICAS DAS EMPRESAS EM RELAÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

40. Você conhece as atividades realizadas pela empresa em relação à saúde do trabalhador?

1) Sim 2)Não

A - Se Sim, quais? Pode assinalar mais de uma

1) desenvolvendo os programas de prevenção de risco ambiental, exames médicos, ter CIPA

2) fazendo capacitações com os funcionários

3) desenvolvendo campanhas e ações de prevenção e promoção da saúde

4) estimulando o uso de Equipamentos de Proteção Individual

5) Todas as respostas

6) Outro.Qual? _____.

Nome do pesquisador: _____.

Data da aplicação: _____.

Local da aplicação: _____.

Comentários sobre a aplicação: _____

**APÊNDICE C – Roteiro para entrevista realizadas com trabalhadores que referem
doença relacionada ao trabalho**

- 1. Trajetória profissional - Quando começou a trabalhar (idade, atividade, horas diárias, remuneração)?**
- 2. Fale sobre as Condições de trabalho – Atualmente, como é seu cotidiano de trabalho?**
- 3. Histórico de doenças relacionadas ao trabalho – Desde quando se sente doente? Como é essa doença (quanto a dor, dificuldades, evolução)?**
- 4. Histórico de enfrentamento das doenças relacionadas ao trabalho – Como você enfrenta a situação de doença? Você ainda trabalha?**
- 5. Percepções acerca da relação trabalho e saúde na atualidade – É possível trabalhar e não adoecer? Como você percebe esta relação?**
- 6. Conhecimento das políticas das empresas em relação à saúde do trabalhador – Na sua opinião, como são as políticas das empresas em relação a saúde do trabalhador ?**
- 7. Conhecimento acerca das políticas públicas relacionadas à saúde do trabalhador – Você conhece as políticas públicas relacionadas à saúde do trabalhador? Como é o atendimento no SUS? Quais as ações de promoção e prevenção desenvolvidas?**

APÊNDICE D – Roteiro de entrevistas realizadas com lideranças empresariais e dirigentes sindicais

1) empresário 2) representante de sindicato 3) liderança empresarial

BLOCO 1 - Percepções sobre as mudanças no mundo do trabalho e suas repercussões sobre a saúde do trabalhador.

1. O que as mudanças no mundo do trabalho têm influenciado no processo produtivo das empresas?
2. As mudanças no mundo do trabalho têm afetado na saúde dos trabalhadores? Como?

BLOCO 2 - Percepções sobre o trabalho na empresa onde atua/conhece e a relação com a saúde.

1. Há modificações no processo de trabalho desta empresa em função da saúde dos trabalhadores?
1. Há agravos (acidentes/doenças) relacionados ao trabalho nesta empresa? Qual a prevalência por setor?

BLOCO 3 - Percepções sobre a relação entre o trabalhador e sua saúde.

1. Qual a percepção da empresa sobre a saúde dos seus trabalhadores?
2. Quais as queixas dos trabalhadores em relação a sua saúde?
3. Há afastamento do trabalho por motivo de doenças?
Quais prevalecem?
Quais os principais motivos?

BLOCO 4 - Indicação das políticas adotadas pelas empresas em relação à saúde dos trabalhadores.

1. Qual a política adotada pela empresa em relação à saúde dos trabalhadores?
2. Qual é o grau de risco desta empresa?
3. Quantos funcionários?
4. Nesta empresa há SESMT?
5. Nesta empresa são desenvolvidos os PPRA, PCMSO, CIPA? Desde quando?
6. Quais as ações de prevenção/promoção à saúde desenvolvidos nesta empresa?

BLOCO 5 - Avaliação das políticas adotadas pelas empresas em relação à saúde dos trabalhadores.

1. Como e por quem são avaliadas as políticas adotadas pelas empresas em relação à saúde dos trabalhadores?

1)MTE 2)Trabalhadores da empresa 3) Membros da CIPA 4)Outro. Qual?

BLOCO 6 - Concepções sobre política pública da saúde do trabalhador.

1. Qual é seu entendimento sobre a política pública da saúde do trabalhador(a)?

BLOCO 7 - Avaliação da atuação do Estado no campo da saúde do trabalhador na região.

1. Como você avalia a atuação/participação do Estado no campo da saúde do trabalhador?

2. Quais são os desafios colocados atualmente para a estruturação de uma política de saúde do trabalhador?

BLOCO 8 - Desafios colocados atualmente para a saúde do trabalhador.

4. Atualmente, quais os desafios da empresa em relação a saúde do trabalhador?

APÊNDICE E – Roteiro de entrevistas realizadas com Trabalhadores vinculados ao SUS (UMREST e CIST)

BLOCO 1 - Histórico de atuação no campo da saúde do trabalhador (inclui dados secundários)

1. Quando e como iniciaram as ações de saúde do trabalhador (neste município)?
2. Como estão sendo desenvolvidas as ações de saúde do trabalhador?
3. Quais foram os desafios no campo de saúde do trabalhador?

BLOCO 2 - Percepções sobre as mudanças no mundo do trabalho e suas repercussões sobre a saúde do trabalhador.

1. O que as mudanças organizacionais e tecnológicas têm influenciado no mundo do trabalho?
2. As mudanças no mundo do trabalho têm afetado na saúde dos trabalhadores? Por que?
3. Há participação dos trabalhadores nas decisões referentes ao processo de trabalho das empresas e nos sindicatos?

BLOCO 3 - Percepções sobre a relação entre o trabalhador e sua saúde.

1. Os trabalhadores têm adoecido pelo e no trabalho?
2. Como e quando as doenças relacionadas ao trabalho tornam-se visíveis?
3. Quais as estratégias adotadas pelos trabalhadores adoecidos para permanecerem no trabalho?

BLOCO 4 - Percepções sobre as políticas adotadas pelas empresas em relação à saúde dos trabalhadores.

1. Qual a percepção sobre as políticas adotadas pelas empresas em relação à saúde dos trabalhadores?
2. Quais ações de prevenção e promoção da saúde são desenvolvidas pelas empresas?

BLOCO 5 - Concepções sobre política pública da saúde do trabalhador.

1. Qual o entendimento sobre a política pública de saúde do trabalhador (a)?
2. Quais são as perspectivas para o desenvolvimento da política pública de saúde do trabalhador?
3. Quais são os desafios colocados atualmente para a estruturação de uma política regional de saúde do trabalhador na região 28 de saúde?

BLOCO 6 - Avaliação da atuação do Estado no campo da saúde do trabalhador na região.

1. Qual é a sua avaliação sobre a atuação do Estado no campo da saúde do trabalhador?

BLOCO 7 - Desafios colocados atualmente para a saúde do trabalhador.

1. Quais os desafios colocados atualmente para a saúde do trabalhador na escala municipal?

BLOCO 8 – Você entende que as competências do município (segundo PNSST, 2012 Art. 13) quanto a política de saúde do trabalhador estão sendo executadas? Quais? E quais não?

1. A implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (ações, indicadores de saúde no plano municipal, cadastro das empresas e indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para os trabalhadores, notificações dos agravos, capacitações)

2. O fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CMS

3. Articular-se regionalmente para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde quando da identificação de problemas e prioridades comuns.

4. Outros que queira mencionar

APÊNDICE F – Roteiro de entrevista realizadas com Trabalhadores vinculados ao CEREST/Vales

BLOCO 1 - Histórico de atuação no campo da saúde do trabalhador (inclui dados secundários)

1. Quando e como iniciaram as ações de saúde do trabalhador na região de abrangência do Cerest/Vales?
2. Como está sendo desenvolvida as ações de saúde do trabalhador nos Municípios da Região 28 de saúde? Quais foram os desafios?

BLOCO 2 - Percepções sobre as mudanças no mundo do trabalho e suas repercussões sobre a saúde dos trabalhadores.

1. O que as mudanças organizacionais e tecnológicas têm influenciado no mundo do trabalho?
2. As mudanças no mundo do trabalho têm afetado na saúde dos trabalhadores? Por que?
3. Há participação dos trabalhadores nos Sindicatos? E nas decisões referentes ao processo de trabalho nas empresas?

BLOCO 3 - Percepções sobre a relação entre o trabalhador e sua saúde.

1. Os trabalhadores têm adoecido pelo e no trabalho?
2. Como e quando as doenças relacionadas ao trabalho tornam-se visíveis?
3. Quais as estratégias adotadas pelos trabalhadores adoecidos para permanecerem no trabalho?

BLOCO 4 - Percepções sobre as políticas adotadas pelas empresas em relação à saúde dos trabalhadores.

1. Qual a percepção sobre as políticas adotadas pelas empresas em relação à saúde dos trabalhadores?
2. Quais ações de prevenção e promoção da saúde são desenvolvidas pelas empresas?

BLOCO 5 - Concepções sobre política pública da saúde do trabalhador.

1. Qual o entendimento sobre a política pública de saúde do trabalhador (a)
2. Quais são as perspectivas para o desenvolvimento da política pública de saúde do trabalhador?
3. Quais são os desafios colocados atualmente para a estruturação de uma política regional de saúde do trabalhador na região 28 de saúde?

BLOCO 6 - Avaliação da atuação do Estado no campo da saúde do trabalhador na região.

1. Qual é a sua avaliação sobre a atuação do Estado no campo da saúde do trabalhador?

BLOCO 7 - Desafios colocados atualmente para a saúde do trabalhador.

1. Quais os desafios colocados atualmente para a saúde do trabalhador na escala regional?

BLOCO 8 – Competências dos CERESTs (no âmbito da RENAST, conforme PNSST, 2012 Art. 14.) - Como estão sendo desenvolvidas as ações:

1. As funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores.
2. Apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador (atenção primária, nos serviços especializados e de urgência e emergência bem como na promoção e vigilância)
3. Como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS
4. Outros que queira mencionar

APÊNDICE G - Roteiro de entrevista realizadas com representantes da Coordenadoria da Região 28 de Saúde

BLOCO 1 - Histórico de atuação no campo da saúde do trabalhador – nesta região (inclui dados secundários)

1. Quando e como iniciaram as ações de saúde do trabalhador?
2. Como estão sendo desenvolvidas as ações de saúde do trabalhador?
3. Quais foram os desafios no campo de saúde do trabalhador?

BLOCO 2 - Percepções sobre as mudanças no mundo do trabalho e suas repercussões sobre a saúde do trabalhador.

1. O que as mudanças organizacionais e tecnológicas têm influenciado no mundo do trabalho?
2. As mudanças no mundo do trabalho têm afetado na saúde dos trabalhadores? Por que?
3. Há participação dos trabalhadores nas decisões referentes ao processo de trabalho das empresas e nos sindicatos?

BLOCO 3 - Percepções sobre a relação entre o trabalhador e sua saúde.

1. Os trabalhadores têm adoecido pelo e no trabalho?
2. Como e quando as doenças relacionadas ao trabalho tornam-se visíveis?
3. Quais as estratégias adotadas pelos trabalhadores adoecido para permanecerem no trabalho?

BLOCO 4 - Percepções sobre as políticas adotadas pelas empresas em relação à saúde dos trabalhadores.

1. Qual a percepção sobre as políticas adotadas pelas empresas em relação à saúde dos trabalhadores?
2. Quais ações de prevenção e promoção da saúde são desenvolvidas pelas empresas?

BLOCO 5 - Concepções sobre política pública da saúde do trabalhador.

1. Qual o entendimento sobre a política pública de saúde do trabalhador (a)?
2. Quais são as perspectivas para o desenvolvimento da política pública de saúde do trabalhador?
3. Quais são os desafios colocados atualmente para a estruturação de uma política regional de saúde do trabalhador na região 28 de saúde?

BLOCO 6 - Avaliação da atuação do Estado no campo da saúde do trabalhador na região.

1. Qual é a sua avaliação sobre a atuação do Estado no campo da saúde do trabalhador?

BLOCO 7 - Desafios colocados atualmente para a saúde do trabalhador.

1. Quais os desafios colocados atualmente para a saúde do trabalhador na escala regional?

BLOCO 8 – Competências e atividades das Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador das instâncias regionais, para a implementação das ações de Saúde do Trabalhador. Como você avalia as ações realizadas?

1. Implantar a Política Estadual em Saúde do Trabalhador em âmbito regional.
2. Estimular a participação do controle social no planejamento, na implantação e no monitoramento da Política Estadual em Saúde do Trabalhador.
3. Coordenar e monitorar as ações de vigilância em saúde do trabalhador, na área de abrangência, observando os processos de trabalho e os danos à saúde causados pelo trabalho.
4. Outras que queira mencionar